

التوحد
كيف نفهمه ونتعامل معه؟

تأليف

د. فهد بن حمد المغلوث

إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية

التوحد
كيف نفهمه ونتعامل معه

تأليف
د. فهد بن حمد المغلوث

إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية

ح مؤسسة الملك خالد الخيرية، ١٤٢٧هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

المغلوث، فهد حمد أحمد
التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه/ فهد حمد أحمد
المغلوث ـ الرياض ١٤٢٧هـ
١٨١ص؛ ١٧ × ٢٤ سم
ردمك: ١-٣٣٨-٥٢-٩٩٦٠
١- التوحد ٢- علم نفس الطفل ٣- الإرشاد النفسي
أ-العنوان
ديوي ٦١٨,٩٢٨٩٨٢ ١٤٢٧/٨٥٤

رقم الإيداع: ١٤٢٧/٨٥٤
ردمك: ١-٣٣٨-٥٢-٩٩٦٠

الطبعة الأولى
١٤٢٧هـ / ٢٠٠٦م





المحتويات



الموضـــوع	الصفحة



الموضـــــوع	الصفحة



الموضـــوع	الصفحة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«إن علينا جميعاً أن ندرك أن تطلُّعنا إلى مزيد من التقدم والرقي يستلزم التمسك بالعقيدة الإسلامية الصحيحة والالتفاف حولها والعمل بكل إخلاص لربط الماضي بالحاضر، وأملاً في اتصال الحاضر بالمستقبل. وفي سبيل هذه الغاية فإن مسؤوليتنا جميعاً تتطلب مساهمة كل مواطن منكم في بناء هذا الوطن بسواعدكم وعقولكم وأنشطتكم الخيرة باعتباركم خير أمة أخرجت للناس، ونظراً لأن بلادكم بحاجة إلى جهودكم حتى تتحقق أهدافها في التنمية والرخاء».

مقتطف من كلمة للملك خالد بن عبدالعزيز يرحمه الله
بمناسبة اليوم الوطني للمملكة

بهذه الكلمات انطلق الملك الصالح خالد بن عبدالعزيز يرحمه الله من عمق الأرض، وسكن في داخل الناس، واستطاع بفطرته أن يحدد هدفه في رضاء الله بدءاً ومنتهى، فاتجه لخدمة بلاده، وارتأى ذلك في توفير الحياة الكريمة لأبناء شعبه أمناً وتعليماً وصحةً ورعايةً اجتماعية وخدمات عامة، فأحبه الناس والتفوا حوله، وكانت سنوات حكمه السبع مورقة خضراء خلدت في ذاكرة شعبه، وتواصلت في معيشتهم، وتوافرت خلالها أسباب الطمأنينة والاستقرار.

واليوم تتجدد ذكرى الراحل الكريم، إذ تواصل مؤسسة الملك خالد الخيرية نهجه؛ فتقتفي أثره، وتمتثل بتوجيهاته، وتسعى إلى تحقيق أهدافه، وتؤصل قيمه؛ ليراها الناس شاخصة في واقعهم لم تنقطع بوفاته ولم تتوقف لغيابه. ومن هذا المنطلق جاءت المؤسسة التي تحمل اسمه لتدعم الجمعيات والمؤسسات الخيرية التي تعمل داخل مملكتنا الحبيبة والتي تتوافر فيها



الشفافية والوضوح وتتفق بشكل عام مع أهدافها ورؤيتها، كما تقوم أيضاً بدعم الجوامع والمساجد التي تقع تحت مظلة عملها الخيري، وتقوم بتقديم البعثات والمنح العلمية وفق اتفاقية ثنائية مع مركز الأبحاث بمستشفى الملك فيصل التخصصي.

كما جاء إدراك المؤسسة أن الدراسات والبحوث أحد الطرق التي تحقق أهداف الملك الصالح، والتي من شأنها رفع المستوى الثقافي والاجتماعي حتى تصل رسالتها الحديثة في العمل الخيري إلى المجتمع.

وتسعى المؤسسة بإصداراتها المتنوعة إلى المساهمة في إثراء الجانب الثقافي، وتضعها أمام الباحثين والمتابعين لعلهم يجدون فيها ما يضيء ويضيف، مع إيمان المؤسسة الكامل أن البحث العلمي أحد طرق الخير من أجل التغيير والتطوير.

والله الموفق.

مؤسسة الملك خالد الخيرية

تقديم

يتناول هذا الكتاب موضوع التوحد بوصفه أحد الاضطرابات التي تم - نسبياً - التعرف إليها حديثاً مقارنة باضطرابات سلوكية وعقلية أخرى.

ولقد استعرض الباحث التوحد من حيث تعريفه وتاريخه ونشأته وتطوره، وكذلك من حيث أسباب التوحد والنظريات المفسرة له، والمشكلات المصاحبة له. كما تطرق لكيفية تشخيص التوحد وكيفية التفرقة بينه وبين الاضطرابات المشابهة له. كما استعرض الباحث مرحلة المراهقة وأثرها على المصابين بالتوحد. وبين في أحد فصول الكتاب كيفية التعامل مع التوحد وأنسب الأساليب لذلك. وناقش الباحث التوحد في المملكة العربية السعودية مؤرخاً لبداياته والصعوبات التي مرت قبل الاعتراف بالمرض، وما آل إليه الوضع الراهن في المملكة العربية السعودية من حيث التعامل مع التوحد والمؤسسات التي تهتم به وتتعامل معه.

والكتاب حقيقة من الكتب النادرة في المكتبة العربية، ويعدّ إضافة علمية تحتسب للباحث. وهو أحد الأساتذة المتميزين في مجال التوحد، ومن المتخصصين في الخدمة الاجتماعية، ويحمل درجة أستاذ مشارك في جامعة الملك سعود.

والكتاب ضمن إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية، ممثلة في إدارة الدراسات والأبحاث فيها؛ إذ اهتمت المؤسسة بالدراسات والأبحاث العلمية الرصينة؛ إيماناً منها بأهمية نشر المعرفة العلمية، وتبنِّي الدراسات الجادة. ومؤسسة الملك خالد الخيرية دعمت هذا الكتاب وتبنَّته، وفي الوقت نفسه تبنَّت سياسة علمية - من خلال إدارة الدراسات والأبحاث فيها - تقوم على



التجرد العلمي، إذ أخضعت هذا الكتاب للتحكيم العلمي المتعارف عليه أكاديمياً، ونأت بنفسها عن التدخل في محتواه، وجعلت التحكيم هو الفيصل فيما يتعلق بمحتوى الكتاب.

نسأل الله العلي القدير أن نكون قد وُفِّقْنا.

مدير إدارة الدراسات والأبحاث
بمؤسسة الملك خالد الخيرية

أ. د. سامي بن عبدالعزيز الدامغ

شكر وتقدير

المحاولة الرائعة والمتفردة التي سعت إليها مؤسسة الملك خالد الخيرية، وأخذت بمقتضاها المبادرة في إثراء المكتبة العربية بتوفير كتاب متخصص وعلمي حول التوحد لتوعية المجتمع بهذا الاضطراب الغامض حتى الآن، إنما هي مبادرة مفيدة تنم عن أحساس عميق باحتياجات المجتمع، ورغبة صادقة في الوقوف معه، وتلمس احتياجاته ومشكلاته، وتوفيرها له بغية المساعدة في حلّها، وبالذات ذوي الاحتياجات الخاصة وذويهم، والعاملين معهم، أو المهتمين بهم.

ومؤسسة الملك خالد الخيرية في توجّهها هذا، وفي غيره من المبادرات لقضايا أخرى مماثلة، إنما تنتقل من المفهوم التقليدي لطبيعة أهداف الجمعيات الخيرية، القائم على المساعدة المادية إلى المفهوم الآخر الحديث القائم على إيجاد طرق وبدائل أخرى أكثر إلحاحاً واحتياجاً لأفراد المجتمع، كما هو الحال مع هذه النوعية المتخصصة من التوعية المجتمعية، وبالذات لفئات غالية من أفراد المجتمع.

كما أنها تؤكد حقيقة أساسية؛ وهي أن هذه المؤسسة الخيرية من المجتمع وله، تعيش معه وبجانبه، وتشاركه همومه وآلامه وتطلعاته، وليست بمعزل عنه. فبارك الله في جهود القائمين على مؤسسة الملك خالد الخيرية، وأجزل لمؤسسها الثواب والأجر على كل ما يقدم، وما يقدمه أبناؤه من بعده.

المؤلف

د. فهد بن حمد المغلوث



تقديم

الكثير من أولياء الأمور بدأوا يتساءلون في الآونة الأخيرة - وبحيرة شديدة - عن ماهية هذا التوحد الذي لم يسمعوا به من قبل، وسبب حدوثه، خاصة وأطفالهم المصابون به يتصفون بالجاذبية والوسامة. بل يتساءلون أيضاً عن مدى تأثيره على الأطفال وعلى مستقبلهم في الحياة، وهل فعلاً لا يوجد علاج ناجع له حتى الآن يريح هذا الطفل، ويسعد أسرته، ويغنيها من مشقة التنقل من طبيب إلى آخر، ومن مستشفى إلى آخر، بل من دولة إلى أخرى بحثاً عن العلاج.

والأهم من ذلك، الأسباب المقنعة لعدم وجود جهات تشخيصية لهذا الاضطراب في المملكة وبقية الدول المجاورة.

من أجل هذا كله، كان هذا الكتاب الذي يهدف إلى تزويد القارئ بمراجعة عامة لاضطراب التوحد من خلال معلومات واضحة ومعاصرة عن طبيعة هذا النوع من الاضطراب وخصائصه وعلاجه. كما يهدف أضًا إلى جعله دليلاً علمياً لكل المهتمين بالتوحد؛ سواء من الأخصائيين المهتمين، أو الآباء، أو العاملين في المجالات الاجتماعية والتربوية والنفسية.

ومن أجل إعطاء صورة واضحة وواسعة عن التوحد، فقد جاء هذا الكتاب في تسعة فصول، قسّمت على النحو التالي:

الفصل الأول: ويعطي نظرة عامة عن التوحد والتطور التاريخي له ومدى انتشاره، ونسبة حدوثه، وخصائصه، وأنواعه، وأهمية دراسته.

الفصل الثاني: ويتطرق لصعوبة معرفة أسباب التوحد والنظريات المفسرة له؛ ومنها: التفسيرات النفسية، العوامل الجينية، العوامل



البيولوجية، العوامل النيولوجينية، العوامل العصبية، النظريات المعرفية ونظرية العقل.

الفصل الثالث: ويتطرق لأهم المشكلات المصاحبة للتوحد، وهي مشكلات الاتصال واللغة، والمشكلات السمعية، والمشكلات الغذائية والهضمية، والمشكلات السلوكية، والمشكلات الاجتماعية النفسية، ومشكلات التوظيف، والمشكلات الخاصة.

الفصل الرابع: ويناقش الاضطرابات والإعاقات المصاحبة للتوحد، والفوارق التشخيصية بين التوحد والإعاقات الأخرى؛ كالإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، واضطراب التواصل، واضطرابات السمع والبصر، ومن ثم التطرق لبعض المظاهر السكومية للطفل التوحدي مقارنة بالطفل العادي.

الفصل الخامس: ويناقش هذا الفصل تشخيص التوحد والاختبارات الخاصة به. ويتم من خلال فهم الصعوبات التي يعترضها تشخيص التوحد والمعايير التشخصية الخاصة به، وأهم الوسائل التي يرتكز عليها تقييمه.

الفصل السادس: وينقلنا هذا الفصل لمناقشة مفهوم المراهقة والبلوغ، وأثرهما على المصابين بالتوحد من خلال التطرق للمشكلات المصاحبة لمرحلة المراهقة، والاضطرابات النفسية في فترة البلوغ، والتغير الاجتماعي أثناء تلك الفترة، وبعض الحلول للتعامل مع الآثار المحتملة لمرحلة البلوغ.

الفصل السابع: ويتطرق لأهم أساليب التعامل مع التوحد الأكثر استخداماً؛ ومنها العلاجات الطبية، والعلاجات النفسية، والاجتماعية، والعلاجات السلوكية، والمعرفية وعلاج الحياة اليومية.



الفصل الثامن: في هذا الفصل يتطرق الكتاب إلى التوحد في المملكة العربية السعودية، وكيف كانت بداياته، والصعوبات التي اكتنفته، وواقعه الحالي، وهو فصل وثائقي مهم من وجهة نظرنا.

الفصل التاسع: وأخيراً يناقش الكتاب فريق العمل مع حالات التوحد، متطرقاً لمقومات فريق العمل الجيد، ونوعية التخصصات العلمية المطلوبة من فريق العمل مع حالات التوحد.

ونحن من خلال هذه المحاولة الجادة المتمثلة في هذا الكتاب، نعتقد أننا سوف نوضّح أموراً كثيرة كانت تدور في أذهان الكثيرين، والمتعلقة بهؤلاء الأطفال، حتى تكون الصورة أمامهم واضحة، وبالذات المهتمين والمسؤولين.

ولعلّ من حسن الطالع أن يتزامن إصدار هذا الكتاب مع الاهتمام الذي توليه المملكة العربية السعودية لذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والتوحد بشكل خاص. ذلك الاهتمام الذي بدأت تتضح معالمه بأشكال كثيرة، وعلى مستويات حكومية وأهلية.

والله نسال أن نكون وفقنا في هذا العمل، وحققنا ما نصبو إليه، وأن يجد فيه الكثيرون ضالتهم المنشودة، وأن يكون فاتحة خير على الجميع بإذن الله.

وبالله التوفيق.

المؤلف

د. فهد بن حمد بن أحمد المغلوث



الفصل الأول
مفهوم التوحد وتاريخ نشأته وتطوره

مقدمة

نظراً إلى أهمية هذا الفصل، وما يمكن أن يُسهم به في تعريف القارئ بماهية التوحد، وفك طلاسم هذا اللغز المحيّر الذي كان - ومازال حتى الآن - مستعصياً على العلماء والمتخصصين. لذا فإن هذا الفصل سوف يتطرق بادئ ذي بدء بإعطاء نبذة عامة عن ماهية التوحد وتطوره التاريخي منذ بداية الخمسينيات إلى وقتنا الحاضر، وتعريف التوحد علمياً من خلال وجهات نظر مختلفة، وصولاً إلى تعريفنا الخاص به، ثم مدى انتشاره عالمياً، ونسبة حدوثه، مروراً بخصائصه وأنواعه المختلفة، ثم التطرق لأهمية دراسة التوحد.

وحسبنا من هذا العرض في الفصل الأول أن نكون قد أعطينا فكرة شاملة وواضحة عن اضطراب التوحد، نساعد في فهمه بصورة أفضل وأعمق، وبالتالي ترسم صورة واضحة عن معاناة التوحديين وأسرهم.

نظرة عامة عن التوحد:

لسنوات طويلة ظلّ التوحد مجهولاً وغامضاً عن الكثير من الناس، ومن المختصين أنفسهم، لاعتبارات كثيرة؛ منها أنه كان هناك لبسٌ بينه وبين أعراض أخرى كالفصام نظراً إلى تشابه الأعراض المصاحبة لكل منهما وتداخلها، ناهيك عن عدم إعطائه الأهمية الكافية في الدراسة والبحث.

وهكذا استمر الوضع إلى أن كتب الطبيب النفسي ليوكانر (Leokanner) ذات مرة، وفي عام ١٩٤٣م، مقالاً يصنف أحد عشر مريضاً تابع حالاتهم على مدى عدّة سنوات في عيادته. وقد وصف في دراسته تلك الصفات التي يتصف بها هؤلاء المرضى، وهي مجموعة من الأعراض النفسية التي تختلف عمّا تعود



على قراءته في الكتب الطبية والمنشورات. وفي هذه المقالة استخدم ليوكانر ولأول مرة مصطلح التوحد Autism للتعبير عنها.

ومنذ ذلك الحين تتابعت البحوث والدراسات من قبل العديد من الباحثين والأطباء لاستجلاء هذا الغموض وفهمه بشكل أفضل. ومع ذلك - وحتى هذه اللحظة - مازال السّر مجهولاً حول الأسباب المؤدية للتوحد، ومازال التشخيص غير كاف وغير متوفر، الأمر الذي زاد من معاناة الآباء والأمهات، وفاقم من حجم المشكلة على المستوى المجتمعي.

وتكمن خطورة هذا التوحد والقلق المصاحب له، كونه من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيداً، ذلك لأنه يؤثر على الكثير من مظاهر النمو المختلفة، وبالتالي يؤدي به إلى الانسحاب للداخل والانغلاق على الذات. وهذا من شأنه أن يُضعف اتصال الطفل بعالمه الخارجي المحيط به، ويجعله مُحباً للانغلاق على النفس، ورفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه، حتى من أقرب الناس إليه! وهذا يجعل مَنْ حوله في حيرةٍ دائمة حول طريقة التعامل معه، ومن ثمّ تزداد المشكلة تعقيداً، وذلك لعدم توفر الطرق والبدائل السريعة والسهلة لاختراق هذا الغلاف الخارجي الذي يفضل أن تبقى فيه هذه النوعية من الأطفال (Ackerman, Lowell, 1997).

والجدير بالذكر أنه - ومنذ إشارة كانر (Kanner) إلى التوحد بوصفه اضطراباً يحدث في الطفولة سنة ١٩٤٣م - فإن هناك عدة تسميات قد استخدمت لهذا الاضطراب، ومنها ذهان الطفولة (Childhood Psychosis)، ونمو غير سوي (Atypical Ego Development)، وتوحد الطفولة المبكر (Early Infantile Autism) كما اقترح ليوكانر.

كما استخدم آخرون مصطلحات عامة؛ مثل «اضطراب انفعالي شديد»، أو «الأطفال غير التواصليين»، أو «الأطفال الاستثنائيون». ولكن هذه المسميات



تشمل عدة أنماط سلوكية مختلفة، قد تزيد المشكلات بدلاً من حلّها (المسلّم،٢٧-٢٦: ١٩٩٤م).

كما أطلق عليه البعض مسمى «الأطفال الاجتراريون»؛ لأنه يكرر السلوك نفسه أو الكلام نفسه وبالطريقة نفسها. كما أطلق البعض على التوحد (الذاتوية). إلا أن كل تلك المسميات لم تحظ بالقبول والانتشار، وظل التوحد هو الاسم الشائع والمتعارف عليه.

التطور التاريخي للتوحد:

يمكن القول: إنه في البدايات الأولى كان يُنظر إلى أعراض التوحد على أنها شكل مبكر للفصام، بل إن مصطلح التوحد نفسه استخدم في البداية في ميدان الطب النفسي عندما عُرّف الفصام، وكان التوحد في ذلك الوقت يستخدم وصفاً لصفة الانسحاب لدى الفصاميين، إلا أن مصطلح التوحد أصبح يستخدم فيما بعد اسماً للدلالة على الاضطراب بأكمله (Maltz, 1982).

ويمكن تتبع التطّور التاريخي للتوحد من خلال التالي: (الزريقات، ٢٠٠٤م - ٢٧-٢٨).

أولاً: فترة الخمسينيات والستينيات:

كان التركيز في تلك الفترة المبكرة من عمر التوحد على توضيح الأعراض التي تُحدّد التوحد على أنه متلازمة محدّدة. إلا أن الملحوظ بأن التركيز في هذه المرحلة لم يكن على كيفية إدراك التوحد بقدر ما كان على كيفية مقارنته بغيره من الاضطرابات.

وفي تلك المرحلة توصلت البحوث إلى أن هناك ثلاثة مجالات من السلوك لدى الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين، والتي اشتملت على الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية، وتأخّر واضطراب لغوي، وسلوكيات استحواذية أو طقوسية مرتبطة باللعب التكراري والنمطي.



وفي هذه المرحلة كان هناك العديد من الدلائل والمعالم المهمة، منها على سبيل المثال، وحسب ما أشارت إليه دراسات المستوى الرئيس للقدرة على المقاسة والمستوى العام من الكفاءة اللغوية والطبيعية المميزة للقدرات التي أشار إليها التقييم النفسي.

أما بالنسبة إلى علاقات المهارات اللفظية والتسلسلية، والتي أدت هي الأخرى إلى استنتاج أن العيب الحسي ليس في اللغة بحد ذاتها، بل في عناصر محددة منها؛ كالتجريد، والفهم السريع، وإجراء التدخل، فقد كان ضعيفاً.

ولا شك أن مثل هذه النتائج أدت إلى التحوّل - مع مرور الوقت - من العلاج النفسي إلى المناهج السلوكية والتربوية، ومن ذلك على سبيل المثال: استخدام مبادئ التعلم السلوكية بهدف تعديل سلوك الأطفال التوحديين.

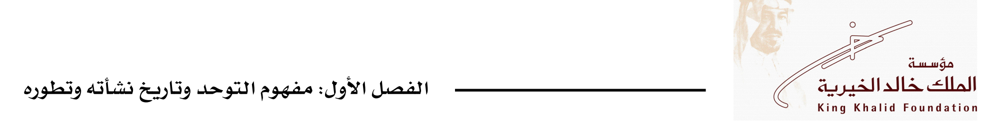
ومن المعالم المهمة في هذه المرحلة أيضاً: إدراك الحاجة الماسة لتخطيط برامج علاجية تشجّع وتسهّل النمو الاجتماعي واللغوي ومهارات التواصل لمساعدة الطفل التوحدي على التفاعل الهادف.

ثانياً: مرحلة السبعينيات وبداية الثمانينيات:

وما يميّز هذه الفترة هو وجود مَعْلَمَيْن رئيسين؛ هما:

١- الممارسة الإكلينيكية والبحوث، والتي ساعدت على تطوير مناهج تقييم منظمة تُظهر أدوات التقييم مثل المقابلة الشخصية للتوحد وغيرها.

٢- التعرّف إلى مدى أنواع الصعوبة في التوحد ومستوياتها، حيث ظهر الاهتمام بتمييز التوحد عن غيره من الاضطرابات النمائية العامة، في الوقت الذي استمر فيه الاهتمام موجهاً نحو العيوب السلوكية، وإمكانية ارتباطها ببعض أشكال أمراض الدماغ المكتسبة. وما يميز هذه المرحلة أيضاً أن الاضطرابات اللغوية لقيت اهتماماً ملحوظاً فيها، بحيث تمَّ الاستنتاج بأن التوحد هو أكثر من مشكلة اضطراب نمائي للغة



الاستقبالية، وإنما هو نتيجة لمدى واسع من العيوب المعرفية التي تتضمن مشكلة اللغة.

والأمر الآخر الذي شهدته هذه المرحلة هو اهتمامها بالمشكلات الطبية للتوحد، وهذا يتضح من ظهور العديد من الأبحاث والدراسات التي رأت أن التوحد مرتبط ببعض الظروف الطبية المحددة. أما أكثر ما ميز هذه المرحلة، فهو البحث في الأسباب وتطور الأدلة لأثر العوامل الجينية في التوحد.

وشهد عِقد الثمانينيات من القرن الماضي اقتراحات، مفادها أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في المقدرات، الأمر الذي أدى إلى التعاطف معهم، والشعور بأن العيوب الاجتماعية والانفعالية هي الأساس، ومن ثمّ تركّز الاهتمام في القدرة على إدراك الأدلة والمشاعر أو وجهات نظر الآخرين، وأن المشكلة هي الإخفاق في تطوير علاقات اجتماعية ومهارات تواصلية.

ونتيجة لذلك؛ فقد تركز الاهتمام بالاستراتيجيات السلوكية والتربوية، وخلصت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يحققون تقدماً أفضل في الأوضاع المنظمة، إضافة إلى ذلك، فقد توجه الاهتمام أيضاً في هذه المرحلة إلى تعليم مهارات محددة، في حين ما زال الاهتمام ببحث القصور أو ضعف التعميم من المواقف التعليمية في المدارس وغيرها إلى مواقف أخرى، ضعيفاً. ومع هذا الاهتمام تأسست برامج تهتمّ بتحليل سلوك الطفل جنباً إلى جنب مع مساعدة الآباء في التعامل مع المهارات التواصلية الاجتماعية للأطفال التوحديين، مثل برنامج (تيتش TEACCH) وبرامج العلاج المستندة إلى المنزل.

ثالثاً: أواخر الثمانينيات وبداية التسعينيات:

في هذه الفترة ظهر الاهتمام بدراسة العوامل الجينية وأثرها في التوحد؛ فالدراسات في البلدان الإسكندينافية وبريطانيا أظهرت أدلة تشير إلى فروق في معدل الأزواج أحادية اللقاح Monozygotic مقارنة بالأزواج ثنائية اللقاح



Diozygotic، وما زالت الغالبية العظمى من إخوة الأطفال التوحديين ممن ليس لديهم توحد، وهذا كما يشير (الزريقات، ٢٨) يظهر عكس الملحوظات التي تقوم باشتراك جينات عديدة.

كما ظهرت في هذه المرحلة عدة تقارير تحاول الربط بين التوحد والشذوذات الطبية المحددة. كما أظهر الربط بين التوحد والعيوب في التمثيل الغذائي والمدى الواسع للإصابات خلال مرحلة قبل الولادة وما بعدها، إلا أن العلاقة ظلّت غير واضحة، مما يعني عدم تجاهل النتائج البيولوجية وارتباطها بالملاحظة، كما شهدت هذه المرحلة اهتماماً بالعيوب المعرفية في التخطيط والتنظيم.

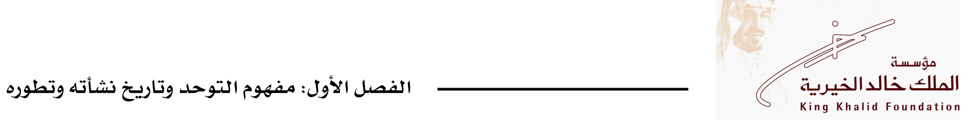
رابعاً: أواخر التسعينيات:

شهدت هذه الفترة من القرن الماضي تطوراً للنتائج الجينية، كما أظهرت اهتماماً بالتشابهات بين التوحد والأنماط السلوكية للأطفال الذين يعانون من حرمان شديد جداً ، والعلاقة بين التوحد واضطراب الجوانب الاجتماعية للغة المتصلة بالمعنى.

كما امتازت هذه المرحلة في تحديد الفروق ذات الدلالة بين الأنواع العديدة للظروف الصحية التي تشارك مع تشخيص التوحد - بالإضافة إلى التغيرات الكبيرة - في الأساليب العلاجية، وتوجيه الاهتمام نحو الأساليب المساعدة في إحداث تغييرات إيجابية، كما تمَّ الحديث أيضاً في هذه المرحلة عن الأدوية التي يمكن أن تؤدي إلى فوائد وإحداث تحسن سلوكي لدى معظم الأفراد التوحديين (الزريقات، ٢٠٠٤م: ٢٩).

تعريف التوحد:

يظل السؤال على وجه التحديد: ما هو التوحد؟ ذلك الاضطراب الغامض الذي شغل الناس في السنوات الأخيرة وحيّرهم؟ وكيف لنا أن نعرفه أو نميزه



عن غيره؟ خاصة وأن هناك حالات أخرى متشابهة يختلط الأمر بها؟

ولو عدنا لكانر Canner وهو أول من عرَّف بالتوحد، وقدّم له من خلال تشخيصه له، وكتب كل ما كان يعتقد به أعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة، ومن خلال ملاحظته لإحدى عشرة حالة أشار إليها في دراسته، فإننا نلحظ تلك السلوكيات المميزة للتوحد، والتي تشتمل على:

١- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.

٢- تأخر في اكتساب الكلام.

٣- استعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره.

٤- مضادات متأخرة.

٥- تكرار ونشاطات في ألعاب نمطية متكررة.

٦- المحافظة على التماثل.

٧- ضعف في التحليل وذاكرة حرفية جيدة.

٨- ظهور جسمي طبيعي.

أما كريك Kreak، فقد قدّم تشخيصاً تشجيعياً للتوحد، إلاّ أنه يعد تشخيصاً لذهان الطفولة المبكر في ذلك الحين، ومن خصائصه ما يلي:

١- إعاقة في العلاقات الانفعالية مع الآخرين.

٢- عدم الوعي بالهوية الشخصية بشكل غير مناسب للعمر.

٣- انشغال مرضى بأشياء محددة في بعض الخصائص دون الاهتمام بالوظائف.

٤- المقاومة الشديدة للتغير البيئي، والمحافظة على التماثل.

٥- خبرات إدراكية شاذة.

٦- قلق غير منطقي وحاد ومتكرر.

٧- فقدان الكلام وعدم اكتسابه، أو الإخفاق في تطويره.



٨- تشوبه في نمط الحركة.

٩- تظهر تخلفاً شديداً وقدرات ذات طبقة ذهنية محدودة، سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية.

وكما يلحظ، فقد قدّم كلٌّ من كانر وكريك وصفاً متشابهاً للتوحد، باستثناء أن كريك قد أضاف ثلاث خصائص نجدها في الأرقام (٥، ٦، ٨).

أما روتر (Rutter,1978)، فقد حدد ثلاث خصائص أساسية للتوحد؛ هي:

١- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

٢- نمو لغوي متأخر أو منحرف.

٣- سلوك طقوسي واستحواذي، أو الإصرار على التماثل.

وقد تمّ تبني هذه الأعراض الثلاثة الرئيسة من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (Diagnostic and Statistical Manual DSM 111-R) والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين. وما زال موجوداً أيضاً في الإصدار الرابع للدليل نفسه.

وقد ذكر (Brown) أربعة محاور يعاني منها الطفل التوحدي، وتظهر فيها جوانب القصور؛ وهي:

١- علاقات مختلة.

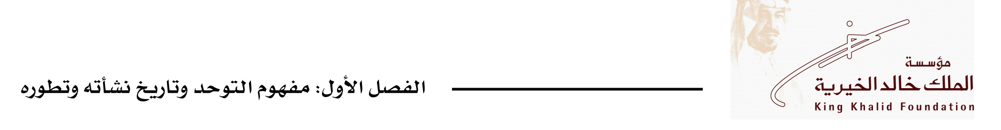
٢- صعوبات في التواصل.

٣- ضروب سلوكية ذات طابع متصلب.

٤- نمو مشتّت ذو طبيعة خاصة.

كما يؤكد أن من أهم علامات هذا الاضطراب صعوبة تشخيصه (Brown,w.,1990:25)

وعرَّف (Lewis, v.) التوحد في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية (Lewis,volkmar,1990:248).



في حين عرف (Wolf) الأطفال التوحديين على أنهم الذين:

١- ينقصهم الاتصال الانفعالي.

٢- ينقصهم الاتصال اللغوي، المتمثل في فساد النمو اللغوي، مع شذوذ في شكل الكلام ومضمونه، وترديد آلي لما يُسمع.

٣- شذوذ في اللعب والتحليل.

٤- النمطية والتقولب، والإصرار على الطقوس والروتين، وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغير في هذه الأنماط، مع وجود الكثير من الحركات الآلية غير الهادفة؛ مثل (هز الرأس - تحريك اليدين - الأصابع.....) (wolf,1988:576).

وعرفته (Lissa B.) على أنه: نوع من اضطرابات النمو المعقدة والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي. ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل سن ٣ سنوات، ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال، وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة (Swethen,1996:156).

وأيضاً عرفه (عبدالعزيز الشخص) على أنه: نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل. بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة. وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة؛ حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر (الشخص، عبدالغفار، ١٩٩٢م: ٢٨٠).

كما وينظر إليه (Sethen han) على أنه: أحد الاضطرابات الارتقائية التي تتسم بوجود تأخر شامل في النمو، وقد يصل حد هذا الاضطراب إلى صعوبة التقييم الإكلينيكي، خاصة على مستوى القدرات المعرفية (Osterling,1994:247).

وأما (Gilberg)، فيرى أنه: أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة



في الغالب بنسبة ذكاء منخفض، وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ (Gilberg,1992:386).

في حين تعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه: نوع من أنواع الاضطرابات التطورية تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وتكون نتائج الاضطرابات نيرولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي صعباً عند هؤلاء الأطفال، وتجعل عندهم صعوبة في الاتصال؛ سواء كان لفظياً أو غير لفظي. وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم، ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من كلمات بطريقة آلية متكررة، والمهم الآن هو البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين.

أما المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH,1998) فيشير إلى التوحد بأنه: تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال، وإقامة علاقات مع الآخرين، والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم، وبعض التوحديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي، أو بَكَم، أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي، وبعضهم يبدون متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات اتصالية. وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم، وبالتالي على قدراتهم على التعلم، ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.

أما الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية سنة (١٩٩٤م) فتعرف التوحد بأنه: فقدان القدرة على التحسن في النمو، مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية، والتفاعل الاجتماعي. وهو عادة يظهر في



سن ما قبل ثلاث سنوات، والذي يؤثر على الأداء في التعليم. وفي بعض الحالات التوحدية تكون الأعمال والأفعال والأقوال مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من خدمات محددة، ويظهر هؤلاء الأطفال مقاومة شديدة لأي تغيير أو تغير في الروتين اليومي، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (DSM.IV,1994).

أما دائرة المعارف العامة (١٩٩١م) فقد نظرت إلى التوحد على أنه: عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي، الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات. وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة، فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطويرية للمخ. ولم يُتعرّف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن. وتبدأ الأعراض التوحدية في الظهور في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتتضمن عدم التخاطب الطبي في غياب الاتصال الاجتماعي، وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر، وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر على الاستغناء عنها، ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير، وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر، ويصبح السلوك ممزقاً ومشتتاً. ويحدث هؤلاء الأفراد استجابات عنيفة ضد أي تغير. وأوضحت الإحصائيات أن من ٧٠-٨٠٪ من هؤلاء التوحديين يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (Micheal.W,1999).

وعرفه المؤتمر الذي عقد مؤخراً في إنجلترا (Autism 99 1999-11) بأنه: اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم، وتتمركز الخسائر التي تأتي من هذا الاضطراب في الآتي:

- خسائر في العلاقات الاجتماعية.
- خسائر في سائر أنواع الاتصالات؛ سواء اتصالات لفظية أو غير لفظية.



- مشكلات في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل والإدراك واللعب، وبعض القدرات والمهارات الأخرى.

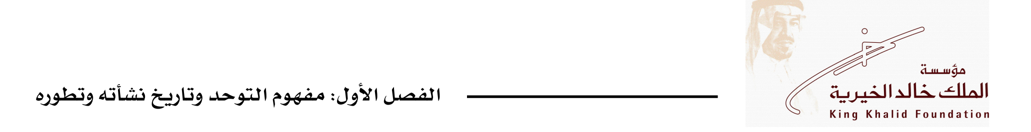
ويعد الاضطراب التوحدي Autism Disorder رقم ٣ من أكثر الإعاقات التطورية تعقيداً وصعوبة على مستوى العالم.

ويرى كندال Kendall (٢٠٠٠م) أن الدراسات الحديثة كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة المهمة، التي تعد هي المسؤولة عن حدوث التواصل.

ومع ذلك - وكما يشير (محمد ١٤٢٢هـ) - فلا تزال هناك حقيقة مهمة حول أسباب هذا الاضطراب؛ مفادها أنه لا يوجد سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسؤول عن حدوث ذلك الاضطراب، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يسلكون مثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض والتي تعد بمثابة الملامح الأساسية المميزة له (٢٥٠).

أما نحن شخصياً، فننظر إلى التوحد على أنه أحد اضطرابات النمو الشاملة التي تتميز بما يلي:

١- قصور وتوقف في تطور الإدراك الحسي واللُّغوي.
٢- قصور في القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والتطور المعرفي الاجتماعي.
٣- ظهور تخلف شديد وقدرات وظيفية ذهنية محدودة.
٤- نزعة انسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي.
٥- إصدار حركات نمطية عشوائية غير هادفة.
٦- ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغيير أو ضغوط خارجية.



٧- ضعف في التحليل.

٨- خبرات إدراكية شاذة.

٩- عدم إدراك للهوية الشخصية بشكل يناسب العمر.

١٠- عدم القدرة على الاعتماد على النفس بشكل عادي يسمح بالاطمئنان عليه.

انتشار التوحد ونسبة حدوثه:

كون التوحد من الاضطرابات النادرة غير معروفة الأسباب، يجعل التقدير الدقيق على حدوثه أمراً متغيراً، فالبحوث المبكرة وضعت مدى انتشار هذا الاضطراب تقريباً من (٢-٥) بين كل (١٠,٠٠٠) شخص. ومع ذلك، فإن التقديرات الحديثة له تعطي تقديرات أقل منه؛ أي حوالي ٢ من بين كل (١٠,٠٠٠) شخص.

وأشارت كثير من الدراسات الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه يوجد على الأقل ٣٦٠,٠٠٠ فرد مصاب بالتوحد كلهم من الأطفال. كما أوضحت الدراسات أن اضطراب التوحد يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة، والتي تتمثل في التخلف العقلي - الصرع - الشلل المخي.

وتشير الإحصائيات في أوروبا - على سبيل المثال - أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى ٣-٤ حالات لكل عشرة ألآف حالة ولادة، وتزيد لتصل إلى حالة لكل ٥٠٠ ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية.

والبعض يقول: إن التوحد يحدث فيما بين حوالي ٤-٥ أطفال من كل عشرة آلاف مولود.

وليس للتوحد علاقة بجنسية معينة كما كان يعتقد سابقاً؛ إذ كان الاعتقاد بأنه مرض يصيب الطبقة الراقية في المجتمع بحكم توفر الخدمة الصحية لهم، وهم من لا يهتمون بالحالة النفسية لأبنائهم.



ولكن حتى هذه اللحظة لا توجد إحصائيات دقيقة في المملكة العربية السعودية عن معدل انتشار اضطراب التوحد لعدة أسباب؛ منها: صعوبة الكشف المبكر عن هذا النوع من الاضطرابات التطورية. وأيضاً عدم توافر المؤسسات والهيئات المتخصصة التي تدرس هذه الفئة منفصلة مثل الهيئات الموجودة في الدول المتقدمة؛ وذلك لأن مثل هذا العمل يتطلب مجهودات كبيرة وكوادر علمية كبرى متخصصة في هذا المجال، بجانب عدم توفر الأموال الباهظة التي تتكلفها هذه المؤسسة لعمل هذه النوعية من المسوح طويلة الأجل. ناهيك عن عدم تحديد اضطراب واحد بعينه أو عدة اضطرابات، والتي قد تندمج في مفهوم عام واحد يسمى التوحد.

وفي دراسة نشرت في ندوة «الإعاقات التطورية قضاياها ومشكلاتها العملية» التي نظمتها جامعة الخليج العربي - مملكة البحرين، ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة في الفترة من (١٩-٢١) محرم ١٤٢١هـ أشارت إلى نسبة اضطراب التوحد في مراكز المملكة العربية السعودية التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية، حيث أجريت الدراسة على (١٥٦٦) حالة؛ منها (٩١١) ذكور، مقابل (٦٥٥) إناث، وبلغت حالات التوحد (١٣٠) حالة، بمعدل نسبة مئوية ٨,٣٪ حيث كشفت هذه الدراسة عن وجود حالات توحدية في المراكز والدور الإيوائية (الوزنة، ٢٠٠٤م: ١٨).

كما أن هناك دراسة ميدانية مدعومة من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية (الإدارة العامة لبرامج المخ البحثية) يقوم بها مجموعة من الأطباء بعنوان «البحث الوطني للتوحد واضطرابات النمو المماثلة» يتمثّل دورنا فيها كمستشار للبحث. وتقوم هذه الدراسة الميدانية بتحديد حجم مشكلة التوحد في المملكة العربية السعودية، وقد تمَّ حتى الآن إدخال ما يقارب (٦٠,٠٠٠) عينة عشوائية للأطفال في مناطق المملكة في الحاسب الآلي، وتحليلها وعرض الحالات المشتبه بها على فريق متعدد التخصصات للكشف عن الحالات،



والتأكد من التشخيص، ويستمر العمل فيه حتى نهاية السنة الثالثة للبحث إلى نهاية شهر ديسمبر ٢٠٠٤م، الموافق ذو القعدة ١٤٢٥هـ (الوزنة، ٢٠٠٤م: ١٨). وإلى ذلك الوقت، يكون لدينا تقدير عن حجم هذا الاضطراب في المملكة، وتصور واضح عما ينبغي عمله تجاهه.

هذا بالإضافة إلى أن هناك العديد من الكتابات والدراسات العربية حول القصور في السنوات الأخيرة؛ سواء في المملكة أو خارجها يصعب ذكرها جميعاً ، ومنها دراسة ميدانية لكاتب هذا البحث بعنوان «طبيعة وواقع الخدمات المقدمة للطفل التوحدي في المملكة العربية السعودية» دراسة استطلاعية للجهات التي تخدم التوحد في المملكة العربية السعودية، منشورة بمجلة الخدمة الاجتماعية الصادرة عن الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد ٤٥ للسنة التاسعة عشرة، عام ٢٠٠١م، حيث أشارت الدراسة إلى متغيرات مهمة في قضية التوحد، ومنها عدد المراكز المشمولة بالتوحد (الحكومية والأهلية) في ذلك الوقت، وأعمار الأطفال الملتحقين بها وجنسهم، والحد الأدنى والأعلى لقبولهم في المراكز، والخدمات المقدمة لهم، ورسوم التحاقهم، وغير ذلك.

ولا شك - وكما ذكرنا - فهناك العديد من الدراسات العربية، ولكنها - في مجملها - لا تركّز على مدى انتشار التوحد، أو نسبة حدوثه في البلدان العربية، بل تتطرق لمفهومه وخصائصه، أو دراسة حالات معينة أو طرق العلاج المتبعة مع الطفل، وهي - ولا شك - مطلب حيوي وضروري لاضطراب نادر من هذا التوحد، وغير معروف للعديد من الأسر في الوطن العربي بشكل عام.

ونود أن نشير إلى أنه عند مجرد ذكر التوحد، فإنه يتنامى للذكر ذلك التوحد الكلاسيكي، وهنا تكون النسبة ولا شك منخفضة، أو أن يقصد بالتوحد عَرَضٌ من الأعراض، سواء كانت بسيطة أو متوسطة أو شديدة، وهنا تكون



النسبة عالية لدمج أكثر من اضطراب بعضها مع بعض.

وفيما يتعلق بالفروق الجنسية لاضطراب التوحد، فهي متغيرة أيضاً، وتعتمد على درجة الذكاء عند الشخص المصاب، وهو منتشر بين النساء اللاتي تكون درجة ذكائهن أقل من ٣٥، ولكن هذا الاضطراب أكثر عند الرجال الذين تكون درجة ذكائهم أعلى، دون أن يعرف أحد السبب حول ذلك.

كما يلحظ أن هذا الاضطراب يحدث بمعدل أربع مرات أكثر في الأولاد، وليس لذلك سبب واضح، في حين أشارت بعض الأبحاث إلى أنه في حالة إصابة البنات، فإن إعاقتهن تكون أكثر صعوبة وخطراً.

وتؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism, Society of American) أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة ٪ ٠٦, ٠، وأن معدل الانتشار قد جعل من التوحد ثالث أكبر الاضطرابات الثمانية شيوعاً من جملة أعراض داون (Donn).

ويرى كيندال (Kendall 2000 Dyn promi) أن نسبة انتشار التوحد في اليابان، على سبيل المثال، تعد الأعلى من مثيلاتها في أي دولة أخرى من دول العالم. حيث تراوح بين ١٣, ٪ ١٦, ٪، في حين تبلغ في المملكة المتحدة ٪ ٠١, ٠ أما في الصين، فتعد أقل دول العالم في انتشار هذا الاضطراب، حيث تبلغ النسبة بها ٠٤, ٪ (محمد، ٣٧٤: ١٤٢٢هـ).

كما أشارت بعض الدراسات في الولايات المتحدة أيضاً أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم المواليد الأوائل لآبائهم. وأيضاً لا يعرف سبب ذلك حتى الآن (The National Autism Society,1999).

هذا طبعاً فيما يتعلق بحدوث التوحد منفرداً لدى الأطفال، أما حدوثه مصاحباً باضطرابات أخرى، فإن النسبة تتضاعف، حيث تشير بعض التقديرات إلى أن عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به



تقدّر بحوالي ٢٠ طفلاً لكل ١٠٠٠ طفل (The National Autism Society,1999).

خصائص التوحد:

هناك العديد من الخصائص التي تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال العاديين، ومنها الخصائص المعرفية والاجتماعية والسلوكية. وسوف نتناول كلاً منها بالتفصيل.

أولاً: الخصائص المعرفية للطفل التوحدي:

تشير الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة للاضطراب التوحدي؛ وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي، ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين (نصر، ٣٩: ٢٠٠٢م). وحسب ما تشير بعض الدراسات، فإن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف، في حين أظهرت دراسات أخرى أن بعض هؤلاء الأطفال يتمتعون بدرجة متوسطة من الذكاء. وقد ذكر (مليكة، ١٩٩٨م) أن المستويات المعرفية للأطفال التوحديين تراوح ما بين ٢٥٪ (يعانون من توحد وتخلف عقلي شديد) و٥٠٪ يعانون من توحد ومستوى تخلف عقلي متوسط و٢٥٪ يعانون من توحد ونسبة ذكاء حوالي ٧٠ فأكثر.

ويلحظ أنه قد توجد لدى بعض الأطفال التوحديين قدرات معرفية وبصرية وحركية مبكرة وغير عادية، أو توجد هذه القدرات في أطار الوظائف الكلية المختلفة، وتسمى الوظائف المنشقة Spliter، أو جزيرات النضج المبكر islets of Precocity. ومن أمثلة ذلك ظاهرة العالم المعتوه Idiot souant والتي توجد له ذاكرة خارقة وقدرة حسابية غير عادية، وتظهر هذه الظاهرة في القدرات الموسيقية والفنية (مليكة، ١٩٩٨م).

وحيث إن الانتباه والتفكير والفهم والإدراك واللغة والتخيل من أهم الوظائف المعرفية التي يتأثر بها أداء الأطفال في حالة اضطرابها، فإن



الأطفالَ التوحديين يعانون من اضطرابات واضحة في التفكير. وهذا ما أوضحته دراسة (Elisabth D, 1991)، على أن التوحديين يعانون من قصور في وظائف التفكير، خاصة فقد الكلام، وأيضاً الاستجابات الفكرية غير المناسبة (Volkmor, G.G&M, 1991:291).

كما توصلت دراسة (Francesca.GH.94) إلى أن طبيعة أنماط التفكير التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة، سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها (Francesca.G.Hpp,.1994:129-135).

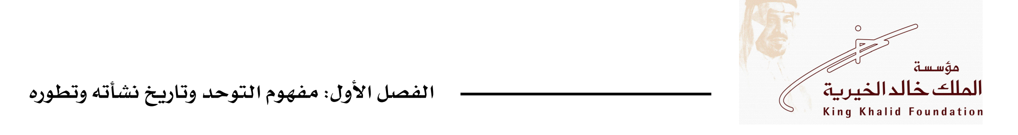
أما فيما يتعلق بمشكلات القدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر فترة طويلة، فقد أثبتت دراسة (Marjorie) أن قدرات الأطفال التوحديين على التصنيف أكثر جموداً إن لم تكن معدومة بالفعل عند بعضهم، وأيضاً يعاني بعضهم من مشكلات في القدرات البصرية والذهنية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات (Marjorie, Bock. A, 1994:39-51).

وهناك العديد من الدراسات الأخرى التي تؤكد ما أشارت إليه الدراسات السابقة من أن التوحديين يعانون من قصور أو اضطراب في إحدى الوظائف المعرفية. والاضطراب في إحدى الوظائف يؤثر بالضرورة على الوظائف الأخرى.

ثانياً:. الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي:

كثير من الأطفال التوحديين غالباً ما يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي، وغالباً ما يوصفون بأنهم يعيشون عالمهم الخاص بهم؛ أي إنهم – باختصار شديد – منعزلون عن العالم الذي يعيشون فيه ومنفصلون عنه. وقلة التفاعل الاجتماعي هذه تمثل الصفة الغالبة والشائعة لدى هؤلاء الأطفال.

ويمكن الإشارة إلى ملامح الخصائص الاجتماعية للتوحد، والتي تتمثل في الآتي (نصر، ١٤–٥٤: ٢٠٠٢م):



١- العزلة الاجتماعية:

وهي أوضح صفة لدى الأطفال التوحديين، حيث إنهم يعزلون أنفسهم حتى لو كانوا في مكان مليء بالناس، كما يلحظ عليهم قضاء وقت قليل جداً بالقرب من آبائهم أو أمهاتهم أو مربيهم. مقارنة بالأطفال العاديين، الذين تكون علاقتهم بأمهاتهم مثلاً أوثق صلة وبالذات في السنوات الأولى.

٢- العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية:

والمعنى هنا: أن الطفل العادي مثلاً يظهر قدراً أكثر من التعبير الاجتماعي من الطفل التوحدي؛ بمعنى أن الطفل العادي دائماً يفعل أشياء معينة لإثارة رد فعل عاطفي من شخص ما، أو ليرى كيف يشعر هذا الشخص تجاه فعله، فالطفل العادي مثلاً حينما يحضر لعبة ويلعب بها أمام والده أو معه، فإنه يلحظ رد فعل والده تجاه فعله مع اللعبة هل هو مسرور أم غضبان، وهكذا. في حين أن الطفل التوحدي لا يفعل ذلك، بل تكون العلاقة (وسيلية)؛ بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده؛ ومن ذلك مثلاً: أن الطفل التوحدي إذا أراد شيئاً ما، فإنه يأخذ يد والده، ويضعها تجاه هذا الشيء الذي يريده، أي إن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل ما يريده عندما يشاء ذلك.

٣- الإخفاق في فهم العلاقات بالآخرين والاستجابة لمشاعرهم:

تؤكد الدراسات أن من العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال التوحديين هي الإخفاق في فهم الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين وإصدارها، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات؛ أي النقص في فهم طبيعة العلاقات الاجتماعية (Gray C.A,1995:219-220).

وأكد (Aagons,93) أن الأطفال التوحديين يعانون من فساد في العلاقات الاجتماعية، واللاوعي بالآخرين والانعزالية، وغياب الرغبة في الاتصال الاجتماعي بهم، وأيضاً أوضح أن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو في وعي



الطفل بالآخرين؛ مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً (Maureen, A &Tessa G,1993:11).

وذكر (كامل، ١٩٩٧م) أن فهم الفرد التوحدي للعلاقات الاجتماعية يعد من أصعب الأشياء عليه. ومما يؤكد ذلك ما ذكره (مليكة، ١٩٩٨م) أن الأطفال التوحديين يخفقون في تكوين علاقات عادية مع الوالدين مع الناس الآخرين بدرجات متفاوتة، فالطفل التوحدي الذي يبدو مبتسماً تفتقر ابتسامته إلى العمق الاجتماعي، كما أنه دائماً يتجنب التواصل بالعين Eye-Contact-Gage وينظر للآخرين كما لو كانوا غير موجودين، والطفل التوحدي لا يميز والديه من أشقائه من مدرسيه، ولا يظهر عليه قلق الانفصال (مليكة، ١٩٩٨م).

٤- غياب الدراية بمعرفة مشاعر الآخرين وعواطفهم:

- يعاني الأطفال التوحديون من نقص في إدراك الحالة العاطفية للأشخاص الآخرين أو تمييزها؛ فمثلاً من الصعب على أم طفل متوحد أن تنظر إلى طفل عادي عمره ١٤ : ١٨ شهراً، فهذا الطفل العادي يعرف متى تشعر أمه بالحزن، ويحاول أن يتقرب منها ليحاول إسعادها قدر المستطاع. أما طفلها التوحدي الذي في مثل سنه، فإنه لا يفعل هذا معها، ولا يميز بين انفعال الغضب أو الخوف أو السعادة الذي يظهر على أمه، ويصبح هذا واضحاً أكثر حينما يكبر هذا الطفل.
- غالباً لا يفعل الطفل التوحدي شيئاً حسناً من أجل إسعاد أحد أو لينال كلامه استحساناً من أحد، ولكن يفعل الشيء الحسن لإسعاد نفسه فقط.
- بعض الأطفال التوحديين قد يحبون أن يحتضنوا، ولكن حينما يريدون هم فقط؛ أي إن الطفل يميل إلى أن يقرر متى يكون الوقت مناسباً للحضن أو العناق (Siegl. B, 1996).



- أوضح (Hobsn,93) أن الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات في التعرف إلى مشاعر الآخرين، أو التعرف إلى الحالات العاطفية للآخرين في المواقف الاجتماعية. وقد قام أحد الباحثين بعمل اختبار ليقيس مقدرة مجموعة من التوحديين على تفسير كيف يشعر الآخرون من خلال تعبيرات وجوههم أو نغمة صوتهم، وكانت النتيجة أن هؤلاء التوحديين قد أظهروا إخفاقاً بطريقة واضحة مقارنة بغيرهم ممن هم في سنهم (Hobsn,93).
- وأوضحت الدراسات أيضاً أن التوحديين لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة. وأن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدود للغاية. كما أن لديهم مشكلة في التعرف إلى مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن، (كامل، ٨١: ١٩٩٧م).

٥- غياب الدلالة الاجتماعية:

الدلالة الاجتماعية هي شكل مبكر من السلوك الاجتماعي، والذي يظهر في سن ٦ : ٩ أشهر، فمثلاً حينما يبدأ الطفل في النمو يلحظ أبواه الدلالة الاجتماعية في سلوكه، فعندما يرى الطفل لعبة ممتعة يتجه إليها، ويمسكها بتركيز شديد، ثم يبحث عمن يشاركه اللعب بها، فإذا رأى والديه فإنه يبتسم لهما، ويكون في انتظار رد فعلهما هل يشتركان معه في اللعب أو يمدحانه على أنه أخذ اللعبة وبدأ يلعب بها... أما الطفل التوحدي، فيكون تصرفه كالآتي في الموقف نفسه؛ فإنه يتجه إلى اللعبة ويتلمسها ويتذوقها، ولكن لا يبحث عن أحد يشاركه فيها، وأيضاً لا تظهر أي تعبيرات على وجهه تدل على الفرحة أو السرور لرؤية اللعبة (Edelson, S.M, 1997:1-2).

٦- استخدام اليد أداةً للتوجيه:

تنمو عند الأطفال التوحديين طريقة ذات تأثير فعّال في التفاعل



الاجتماعي، توصف باستخدام (اليد للتوجيه) ونعني بذلك أن الطفل يتخذ من يد الآخر وسيلة أو أداة لتنفيذ احتياجاته، فمثلاً يأخذ الطفل يد الآخر ويشدها تجاه الشيء الذي يريده، ولكن حينما يفعل الطفل ذلك لا ينظر إلى الشخص الذي يريد منه تنفيذ ما يريد، ولكن هدفه هنا يتلخص في (تقريب شيئين يريد الطفل رؤيتهما تعملان معاً مثل اليد وكيس الشبس)، والطفل عندما يحقق الهدف الأول - وهو إحضار كيس الشبس - ينتظر الفعل الآخر وهو فتح كيس الشبس وإعطاؤه إياه مثلاً، وبهذه الطريقة يلجأ دائماً الأطفال التوحديون إلى الحصول على ما يريدون دون حدوث تفاعل اجتماعي بينهم وبين الآخرين.

واستخدام الطفل الصغير حديث المشي، والذي لم ينطلق بعد تكون طريقة اليد في تلبية احتياجاته تفوق كثيراً طريقة التوحدي، فالطفل الآخر يستخدم الإشارة بالأصابع إلى الأشياء وليس التوجه بيد البالغ نفسها إلى الشيء، ولكن عند التوحديين تتأخر نمو طريقة الإشارة بالأصابع إلى الأشياء كثيراً، وقد لا تظهر عند بعضهم، وحينما تظهر تكون بسبب التدريب الذي تلقوه من المحيطين بهم وليس تلقائياً، وذلك عكس الأطفال العاديين الذين تظهر عندهم تلقائياً (Siegl, B, 1996:28).

وتؤكد الدراسات نقطة مهمة؛ وهي أن طريقة الإشارة التي يستخدمها الأطفال تجاه البالغ لإحضار شيء ما تحتاج أن يكون الطفل يفهم ويدرك أن الشخص أو البالغ الموجهة له الرسالة يجب أن يعرف أن إشارته تعود على الشيء المعين الذي يريده الطفل.. وأن هذه القدرة على فهم أن الآخرين يفكرون بالطريقة نفسها تسمى (نظرية العقل)، ولكن الطفل التوحدي بطيء جداً في تطور (نظرية العقل).

ومن هنا نخلص أن التوحديين يعانون من قصور شديد في التفاعل



الاجتماعي مع الغير، فنلخص مظاهر هذا التفاعل القاصر في الآتي:

- نقص واضح في الوعي بوجود الآخرين.
- يتجنب الاتصال بالعين.
- لا يظهر الرغبة في البدء بالاتصال أو العناق أو الحمل.
- لا تعني له مشاعر السعادة والحزن والفرح أي شيء، فلا يقدم ابتسامة اجتماعية للآخرين إلا بعد فترة طويلة وتدريب طويل.
- يستخدم الآخرين بوصفهم وسائل أو أدوات لتنفيذ ما يريد.
- يعاني من عدم فهم القواعد السلوكية في التعامل مع الآخرين.
- يعاني من عدم فهم مشاعر الآخرين وأحاسيسهم.
- يفضل التوحديون التعامل مع الأشياء المتبلدة بدلاً من التعامل مع الناس.
- يظهر سلوكاً شاذاً في اللعب.

ثالثاً: الخصائص السلوكية للطفل التوحدي:

يظهر الأطفال التوحديون العديد من السلوكيات التي يمكن وصفها على أنها سلوكيات شاذة، وأسباب تلك السلوكيات تكون معقدة جداً في فهمها، ويمضي الطفل التوحدي جزءاً كبيراً من حياته في عمل هذه السلوكيات الشاذة والأعمال الروتينية، وتتسم الأنشطة التي يقوم بها الطفل التوحدي بالجمود والتكرار (نصر، ٥٥: ٢٠٠٢م).

وتوصلت الدراسات إلى أن هناك ملامح سلوكية للطفل التوحدي نلخصها في الآتي (نصر، ٥٥-٦١: ٢٠٠٢م):

١- الحركات الآلية غير العادية:

يظهر العديد من الأطفال التوحديين - وليس كلهم - حركات آلية تكرارية لنوع أو لآخر من السلوك؛ مثل ضرب الرأس - التصفيق - شد الشعر... إلخ، كل هذه الأنواع تتكرر باستمرار مع بعض حالات التوحدية، وفسر العلماء أن



الطفل التوحدي قد يلجأ لفعل هذه الحركات استجابة لمشكلات يمر بها لحدوث تجارب جديدة في محيط حياته.

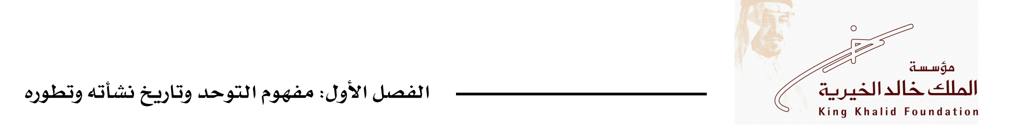
٢- مقاومة التغيير:

يظهر العديد من الأطفال التوحديين - أو أغلبهم - مقاومة شديدة لأي تغيير في البيئة المحيطة بهم، وكثيراً ما يثورون ويغضبون إن تمّ نقل شيء من مكانه لآخر، أو تغيرت نوعية شراب معين يحبونه، فهم يرتبطون للغاية ببعض الأشياء، ويرفضون الافتراق عنها.

٣- الاستجابة للمنبهات الحسية:

- يظهر الطفل التوحدي استجابة زائدة أو ناقصة للمنبهات الحسية، مثل الصوت أو الألم، وقد يغطي أذنه كما لو كانت أصوات معينة تضايقه، وقد يتجاهل تماماً الأصوات المفاجئة ولا يستجيب لها، ولكنه قد يظهر اهتماماً بالغاً ببعض الأصوات؛ مثل المكانس الكهربائية - عربات الإطفاء - الساعات.
- هؤلاء الأطفال الذين لا يشعرون بالألم قد يؤذون أنفسهم من خلال العض، أو شد الشعر، أو ضرب الرأس دون أن يبكوا أو يشعروا بالألم.
- لا يكون عند هؤلاء الأطفال وعي بمصادر الخطر، وذلك لأنهم لا يدركونها؛ أي لا يدركون نتائجها.
- يفضل هؤلاء الأطفال الأشياء التي تتميز بوجود منبهات حسية كثيرة من اللمس، والتذوق، والشم.
- يفضل هؤلاء الأطفال الأشياء التي تثري حواسهم القريبة أكثر من الحواس البعيدة (السمع - البصر). فمثلاً منهم من يحب أن يتصل بكل شيء ناعم أو كل شيء له رائحة عطرة.

- هؤلاء الأطفال لهم شغف شديد بكل أنواع الحركات؛ مثل حركات التأرجح، والمطاردة، وكل أنواع الأنشطة التي تحتوي على الحركات (Siegl, B 1996:76-81).



٤- مشكلات سلوكية أخرى:

- يعاني بعض التوحديين من سلوك انعزالي شديد وخامل أيضاً، والبعض الآخر قد يكون مخرباً، أو عدوانياً، أو كثير الصراخ، وقد يعاني بعضهم من سلوك لإيذاء الذات؛ مثل العض - خبط الرأس بعنف - شد الشعر (Gillberg,1992:348).
- يعاني البعض من هؤلاء الأطفال من تأخر في سلوك الرعاية الذاتية (استعمال المرحاض) فيكون استعماله بالنسبة إليهم مشكلة، ويستطيعون التدريب على استعماله بدءاً من سن ٤ سنوات فأكثر وليس أقل... ويعاني الكثير منهم من مشكلات في النوم أي ينتاب نومهم الكثير من الكوابيس، وأيضاً يكونون دائماً قلقين في نومهم، فيستيقظون كثيراً أثناء النوم... ويعانون أيضاً من مشكلات في الأكل والشرب، فالكثير منهم يرفضون مضغ الطعام الصلب ويفضلون السوائل، أيضاً لا يأكلون أو يشربون إلا ما اعتادوا عليه فقط (Michael D. 1996:156:157).
- قد يصاحب التوحدية مشكلة النشاط الحركي الزائد الذي يعد مشكلة شائعة بين هؤلاء الأطفال، ويصاحبه مشكلة عدم التركيز والانتباه، وأيضاً تظهر عليه نوبات غضب عنيفة، ويكون دائماً السبب فيها حدوث تغيير في البيئة المحيطة، أو عدم الاستجابة لمطلب معين يريده.
- قد يصاحب التوحدية مشكلة تقلب المزاج؛ فهؤلاء سريعوا البكاء والغضب، وأيضاً يصيرون هادئين في وقت آخر. وأيضاً قد يعاني بعضهم من التوتر والقلق والخوف من الخوض في أي تجارب جديدة أو بداية تعلم شيء جديد (Koegel, R. L. & Kerm, L. K, 1997:3-4).

وقدمت (كريستين مايلز،١٩٩٤) عدة سمات عامة يتسم بها الطفل التوحدي، وتعد هذه السمات شاملة لكل أوجه القصور المصاحبة لهذا الاضطراب:



١- لا يطور علاقات شخصية، فلا يستجيب الرضيع للحمل والاحتضان، ويتجنب الطفل الأكبر سناً - في العادة - النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين، وعندما يمسك الطفل التوحدي بإنسان آخر، فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس بإنسان.

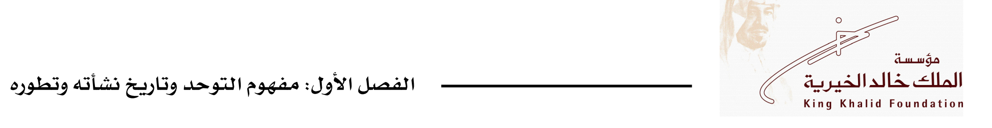
٢- لا تبدو عليه أنه يعرف بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به، وكثيراً ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جامدة إلى درجة إيذاء أنفسهم، وإذا تمكن هذا الطفل من الكلام، فإنه لا يدرك الفارق بين (أنا وأنت وهي).

٣- التعلق الاستحواذي (المأخوذ) بأشياء معينة، فقد يسعى الطفل إلى الإمساك بشيء واحد دوماً (كقطعة قماش - كوب....) ويشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.

٤- يصبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأي طريقة كانت؛ مثل نقل الأثاث من مواقعه المعتادة، وقد ينزعج الطفل إذا جرى خرق الروتين. وكثيراً ما تتطور عنده طقوس معينة؛ كأن يطوي ملابسه بطريقة معينة، ويرفض أطعمة غير مألوفة لديه.

٥- يظهر حزنه بنوبات غضب عنيفة، أو بعضِّ نفسه، أو بحركات معينة كالهز إلى الأمام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض في أرجاء الغرفة، وكثيراً ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل واستيائه، وقد لا تجدي محاولات إراحته.

٦- شذوذ الإدراك، فكثيراً ما يستجيب هؤلاء الأطفال بطرق غريبة. وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية، وقد يستجيبون للأصوات المنخفضة، وقد يحب الطفل التوحدي إمساك أجسام دقيقة وتفحُّصها؛ كحبات الرمل مثلاً.



٧- عدم امتلاك ناصية اللغة، أو امتلاك القليل منها فقط، فقد يمكن للطفل الذي يملك بعض القدرة على الكلام أن يكرر جملاً قد سمعها من قبل، ويفتقر صوت الطفل إلى التعبير أو النغمة، وقد لا تفهم الضمائر الشخصية، ولا يفهم الطفل الإيماءات ولا يستعملها.

٨- قد يكتسب الطفل طرقاً غريبة عندما يتحرّك.

٩- لا يلعب بطريقة تخيلية؛ فهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية.

وتوضح (Wendy B. 90) أن سمات الطفل التوحدي تنحصر في خمسة جوانب أساسية، وهي كالآتي:

١- اختلال التفاعل الاجتماعي:

ويبدو اختلال التفاعل الاجتماعي عند الطفل التوحدي من خلال العجز في إقامة علاقات اجتماعية، وعدم القدرة على تنمية هذه العلاقات إن وجدت.

٢- اضطراب الارتقاء اللغوي :Language Developmental Disorder

ويكون هذا الاضطراب على مستوى استخدام مفردات اللغة والضمائر ونغمة الكلمات وانحراف التركيب اللغوي، مع وجود ترديد الكلام (صدى الصوت (Echolalai) وأيضاً الإخفاق في تفهم المواقف Understanding Situations مع اختلال الإدراك، خاصة فيما يتعلق بالمنبهات الحسية Sensory Stimul.

٣- اضطراب التواصل : Communication Disorder

وهذا يكون على المستوى الاجتماعي - اللغوي - المعرفي، مع قصور في القدرة على التخيل Imagination، خاصة فيما يتعلق بمواقف اللعب والاحتكاك مع الآخرين.

٤- اضطراب التآزر الحركي.



٥- نمطية السلوك الروتيني التكراري (Brown, W, 1990:25-49).

ولخصت (Lorna Wing, 1991) سمات الطفل التوحدي في النقاط التالية:

١- قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني.

٢- لا يأخذ وضع الاستعداد عندما يقترب منه أحد الوالدين لرفعه بين يديه.

٣- لا يسير في أعقاب والديه، ولا يجري لاستقبالهما عند عودتهما إلى المنزل.

٤- لا يسعى إلى استدرار العطف والحنان إذا أصيب بأذى.

٥- لا يتعوّد على إلقاء التحية، أو التوديع، أو تقبيل الوالدين أو من يقوم برعايته.

٦- لا يبدو عليه الاهتمام أو الاستجابة لهذا المطلب العاطفي من قبل والديه.

٧- لا يبدو على الطفل أي ملامح ضيق أو قلق عند انفصاله عن والديه.

٨- يفتقد القدرة على التواصل البصري، في حين أنه لا يجيد استخدام نظرات العين.

٩- يتجنب النظر بالعين في وجوه الآخرين ولا يستطيع تحويل نظراته من مؤثر إلى آخر.

١٠- يبدو على وجه الطفل تعبيرات لا يستطيع المحيطون به الحكم عليها.

١١- لا يستطيع أن يكتسب مهارة اللعب الجماعي التبادلي أو الثنائي البسيط.

١٢- عادة ما يخفق في تكوين صداقات أو علاقات.

١٣- لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية.

١٤- يتأخر في تحصيله اللغوي بدرجة كبيرة.

١٥- لا يستطيع فهم واستيعاب الكلمات المنطوقة والحديث الموجّه.

١٦- غالباً ما يرتبط كلامه (إن وجد) بالاحتياجات الأساسية.

١٧- لا تشغله سوى اللحظة الحاضرة.

١٨- يردد الكلام بصورة تتسم بالنمطية والتكرارية دون تناسب للموقف.



١٩- لا يميّز في استخدام الضمائر (أنا - أنت - نحن).

٢٠- يظهر ضروباً سلوكية تتسم بالنمطية والتكرارية.

٢١- لديه قصور في القدرة على التخيل، خاصة في مواقف اللعب والمشاركة مع الأطفال.

٢٢- يظهر اهتماماً وانشغالاً غير عاديين برائحة الأشياء وملمسها.

٢٣- تتسم الأنشطة بالجفاف والصلابة وعدم المرونة (مقاوم للتغير في البيئة المحيطة).

٢٤- لا يستطيع إدراك المنبهات التي تتطلب قدرات بصرية مكانية.

٢٥- يبدو عليه أنه طفل عادي يوحي وجهه أنه على درجة كبيرة من الذكاء.

٢٦- قد توجد بعض العيوب الخلقية لديه، ولكن هذه المشكلة لا تمثل أهمية تشخيصية.

٢٧- أحياناً يصاب الطفل التوحدي ببعض اضطرابات الجهاز العصبي التي تظهر في شكل ضعف القدرة على التآزر الحركي مع وجود بعض الحركات الثانوية غير الإرادية (الرفاعي، ٩٦: ٩٨-١٩٩٩م) وكذلك (نصر، ٥٩-٦١: ٢٠٠٢م).

أنواع التوحـــد:

حيث إن الكثير من أطفال التوحد لا تظهر عليهم الخصائص نفسها، أو خصائص مشابهة مع نفس الشدة، فقد اتجه الباحثون للبحث عن طرق لتصنيف التوحد. وبسبب هذا أصبحنا نرى تصنيفات مختلفة اقترحها بعض الباحثين، معتمدين في ذلك على المستوى الوظيفي والعمر، وتتحدث هذه التصنيفات عن الإصابة وعدد الأعراض وشدتها. في حين يرى البعض الآخر أن الأعراض المختلفة قد تكون بسبب الأنماط المختلفة الواضحة لنشاط الدماغ.



وفي هذا المجال، فقد اقترحت ماري كولمان (١٩٧٦م) Mary Coleman نظاماً تصنيفياً للأطفال التوحديين يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية. ويتبين أن هذا التصنيف ليس متلازمة منفردة، كما أكد كانر Kanner، بل هو مكون من ثلاثة تصنيفات فرعية، وهي كما يلي:

النوع الأول: وهو ما يسمى بالمتلازمة التوحدية الكلاسيكية classic Autistic Syndrome، وفي هذا النوع يُظهر الأطفال أعراضاً مبكرة، دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة، إلا أنهم في هذه المجموعة - وكما تقول كولمان - يبدأون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة.

النوع الثاني: وهو ما يسمى بمتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحدية Childhood Schizophrenic Syndrome with Autistic وهناك تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول، إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهراً لدى البعض، كما أنهم يُظهرون أعراضاً نفسية أخرى، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها كانر.

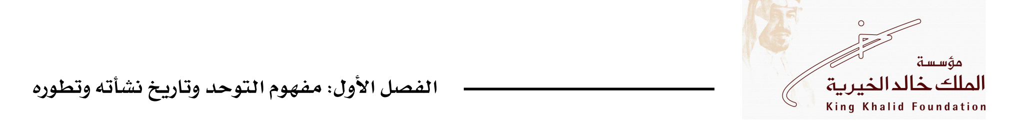
النوع الثالث: وهو ما يسمى بالمتلازمة التوحدية المعاقة عصبياً Neuro-logically Impaired Autistic Syndrome ويلحظ ظهور مرض دماغي عضوي في هذا النوع، متضمناً اضطرابات أيضية ومتلازمات فيروسية؛ مثل الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى) (Knoblock 1983).

وهناك أيضاً تصنيف آخر من أربع مجموعات اقترحه سيفن وماتسون وكو وفي وسيفن Sevin, Matson, Coe, Fee, Sevin

وقد قسموا أنواع التوحد كالتالي: (الزريقات، ٢٠٠٤م: ٤٩)

١- المجموعة الشاذة :(Atypical Group)

ويظهر أفراد هذه المجموعة عدداً أقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء.



٢- المجموعة التوحدية البسيطة: (Mildy Autistic Group)

ويظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية، كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضاً تخلفاً عقلياً بسيطاً، والتزاماً باللغة الوظيفية.

٣- المجموعة التوحدية المتوسطة : (Moderately Autistic Group)

ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية:

استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية؛ (مثل التأرجح والتلويح باليد)، ولغة وظيفية محددة، وتخلف عقلي.

٤- المجموعة التوحدية الشديدة : (Severly Autistic Group)

وأفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعياً ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وطبقية، وعندهم تخلف عقلي على مستوى ملحوظ (Smith, 2001).

كما أن هناك نوعاً آخر من التوحد، وهو:

متلازمة سافانت : Savant Syndrome

ويظهر أطفال هذه المجموعة تأخراً نمائياً شديداً في القدرات الذكائية والاجتماعية، على الرغم من أنها تصنيفات فرعية صغيرة، ولا تشكل سوى حوالي ٥٪ من الأطفال التوحديين.

وهذه الفئة من الأطفال التوحديين يمتلكون مواهب غير عادية؛ فالبعض منهم - كما هو الحال مع ريموند (Raymond) في فيلم رجل المطر (Rain man) - يمكن أن يتذكّر التواريخ واليوم التاريخي المهم في الأسبوع أو إعادة الأرقام.. إلخ. في حين أن البعض لديه قدرات موسيقية وفنية رائعة، ويعتقد بأن أسباب متلازمة سافانت هي أسباب بيولوجية مرتبطة بالتخلف العقلي، ولكنها أخيراً أصبح ينظر إليها على أنها متلازمة توحدية (Smith, 2001, Alloy, Jacobson, & Acocella, 1999).



أهمية دراسة التوحـد:

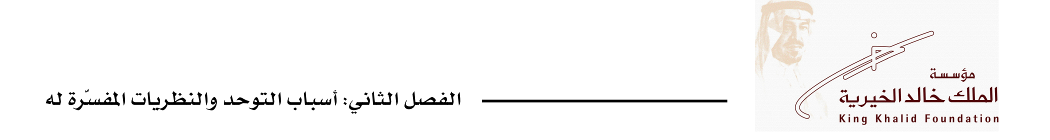
وفي ضوء ما تمَّ التطرق له عن التوحد، وسعياً وراء مزيدٍ من الفهم، فإن أهمية دراسة التوحد تأتي من أنها تلقي الضوء على مرحلة طبيعية في نمو الطفل، وهي الفترة التي يتمركز فيها الطفل حول ذاته، مع وجود فارق مهم، وهو أن أغلب الأطفال يتجاوزون هذه المرحلة، بينما الطفل التوحدي يثبت عندها. كما أننا نستطيع أن نرى النكوص إلى هذه المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات) يحدث في مرضى الفصام، مع الفرق أن مريض الفصام قد تخطى مع الواقع، ثم عاد إلى النكوص إلى تلك المرحلة (مرحلة التمركز حول الذات) مع الأخذ في الحسبان بعض خصائص المراحل المتقدمة (سليمان، ٢٠٠٠م: ١٦)، كما يجب أن نأخذ في الحسبان العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية. فالطفل الذي يولد بميول توحدية قد يستفز أمه لتعامله بالتالي معاملة خاصة مميزة عن باقي إخوته، مما ينمي فيه مظاهر المرض.

كما تأتي أهمية دراسة التوحد من ناحية أخرى من الخطورة المترتبة على مضاعفات الإصابة بها. وهناك من يرى أن أشد المضاعفات هي حدوث نوبات صرع، وأن الذين تحدث لهم نوبات الصرع غالباً ما تقل نسبة ذكائهم عن (٥٠) درجة، وأنه قد لوحظ أن ٢٥٪ أو أكثر من حالات اضطراب التوحد يولد لدى أفرادها تاريخ لنوبة صرع أو أكثر.

كما أن من المضاعفات أيضاً حدوث الاكتئاب في بداية المراهقة استجابة للوعي الجزئي بالإعاقة الناتجة من اضطراب التوحد. وفي حالة التعرض لضغط نفسي أو اجتماعي يُظهر المريض أعراضاً كتاتونية (تصلبية)، خاصة التهيج أو أخذ وضع ثابت، أو ظهور حالة ذهانية غير نوعية، مع ضلالات وهلاوس، ولكنها تزول بزوال السبب (محمود، ١٩٩١م: ١٠٢).



كما تكمن أهمية دراسة اضطراب التوحد في أنه يسهم في حل هذا اللغز المحيّر الذي لم تعرف أسبابه، ومساعدة الكثيرين من أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم التوحديين بشكل يساعدهم على فهمهم أكثر ومعرفة ما يريدونه. وكذلك التبصير بضرورة وجود خدمات متكاملة لهذه الفئة، وتوفير المصادر المعينة لفهمهم، وكذلك زيادة عدد المتخصصين لهذا الاضطراب لسد النقص في غيابهم، ومن ثمّ توفير المعاهد والمراكز المتخصصة لفئة التوحد.



الفصل الثاني
أسباب التوحد والنظريات المفسّرة له

مقدمة

نظراً إلى أن اضطراب التوحد من الألغاز المحيرة، التي استقطبت اهتمام الكثير من العلماء بحكم تباين خصائصه وعدم معرفة أسبابه الحقيقية، فقد ظهرت على مدى السنوات الماضية محاولات عديدة لتفسير أسباب هذا الاضطراب، وكل من تلك التفسيرات تعبر عن وجهات نظر أصحابها وتخصصاتهم واهتماماتهم.

وفي هذا الفصل من الكتاب نحاول مناقشة صعوبة معرفة أسباب التوحد، وأهم تلك التفسيرات العلمية لأسباب التوحد بغيه المساهمه في زيادة فهم هذا الاضطراب وإداركه. ولأن التوحد أحجية لم تكتمل حلقاتها بعد، فلا نستغرب هذا الكم الهائل من الآراء المختلفة التي تفسر حدوثه.

فكثير من البحوث استنتجت عدم إمكانيه وجود مسبب واحد؛ لأنه يمكن أن يكون هناك عوامل حيوية تسهم في حدوثة، جنباً إلى جنب مع العوامل النفسية.

أولاً: صعوبة معرفة أسباب التوحد:

يمكن القول: إن ما تم التطرق إليه بوصفها أسباباً - رغم كثرتها - هي ليست في طبيعتها سوى افتراضات واحتمالات غير مؤكدة تماماً، ولم تثبت صحتها حتى الآن.

ولعل السبب في وجود صعوبة في معرفة الأسباب يرجع إلى (الصبي، ١٤٢٣هـ: ٣١-٣٢).

- عدم الاتفاق بين المختصين على طبيعة الإصابة ومميزات التوحد



واضطرابات التطور العامة.

- اعتماد طريقة التشخيص على الأخصائيين وتجاربهم.
- الدراسة البحثية للحالات:

١- بعض الحالات تؤدي إلى التوحد؛ مثل التهاب السحايا Meningitis.

٢- طبيعة الإصابة تشترك في الكثير من المميزات والأعراض مع العديد من الحالات والإعاقات الأخرى.

٣- بعض الحالات الخفيفة قد تُشخَّص على أنها حالات اضطراب في التعلم.

٤- بعض الحالات تشخّص على أنها تخلّف فكري غير معروف السبب.

٥- بعض الحالات تتغير أعراضها بالزيادة والنقصان (الصبي، ٣٢: ١٤٢٣هـ).

وبسبب هذا العدد الكثير لتفسيرات حدوث التوحد، رأينا أن نناقش أهمها من خلال:

١- التفسيرات النفسية.

٢- العوامل الجينية.

٣- العوامل البيولوجية.

٤- العوامل النيولوجينية.

٥- العوامل العصبية.

٦- النظريات المعرفية.

النظريات المفسرة للتوحد:

أولاً: التفسيرات النفسية:

خلال فترة الخمسينيات وحتى السبعينيات من القرن العشرين كان أنصار مدرسة التحليل النفسي، وأنصار التعلم بوجه عام، يؤمنون بأن التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى، فكانر Kanner عام (١٩٩٥م) كان يقول بأن ممارسات الوالدين غير المنسقة أو غير المترابطة في رعايتهم لأبنائهم،



وكذلك البرود العاطفي تجاههم هو ما يسبّب التوحد، وهذا ما يوافقه عليه برونو بيتلهم Bruno Bettelhiem الذي يرى أن آباء الأطفال التوحديين باردون وقاسون، ولديهم عدائية لا شعورية تجاه طفلهم التوحدي، ولعل فرضية ما يسمى بالأم الثلاجة (Refregerated Mother) دليل على هذه المزاعم التي تلاشت اليوم، ولم يعد لها أي مصداقية.

وهذه المزاعم التي كان يؤمن بها أصحابها، نراها أيضاً فيما اقترحه العالم السلوكي فيرستر Ferster,c الذي يقول: إن السلوك التوحدي في الأطفال يحدث بسبب عجزهم عن الحصول على الاهتمام والتعزيز من قبل والديهم على سلوكهم الاجتماعي الملائم. وفي نظره - أي فيرستر - إن الطريقة الوحيدة التي يختلف بها الطفل التوحدي عن الطفل العادي هي كمية الانتباه والاهتمام التي يتلقاها الطفل من والديه على هذا السلوك؛ ففيرستر - شأنه شأن كانر وغيره - يقدمون تفسيراً نفسياً لاضطراب التوحد، وليس تفسيراً وراثياً أو بيولوجياً؛ لأنهم لا يقتنعون إلا بالعوامل النفسية.

ثانياً: العوامل الجينية:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً بين التوحد وشذوذ الكروموزومات، وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط. وهذا الكروموزوم يسمى Fragile X شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي. كما أن له أثراً أساسياً في حدوث مشكلات سلوكية؛ مثل النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك الأناني، ويظهر عند الفرد الذي لديه x.f تأخر لغوي شديد، وتأخر في النمو الحركي، ومهارات حسية فقيرة. وهذا الكروموزوم يكون شائعاً بين البنين أكثر من البنات، ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي ٧:١٠٪ من الحالات التوحدية (Lida,Helene,1993:5-26).



ثالثاً: العوامل البيولوجية:

وتنحصر هذه العوامل في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها، وتعني بذلك إصابة الأم بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل، أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات؛ مثل نقص الأكسجين - استخدام آلة.. إلخ. أو عوامل بيئية أخرى وهي تعرض الأم للنزف قبل الولادة، أو تعرضها لحادثة، أو كبر سنِّها. كل هذه العوامل قد تكون سبباً في حالة التوحد (نصر، ٢٢: ٢٠٠٢م).

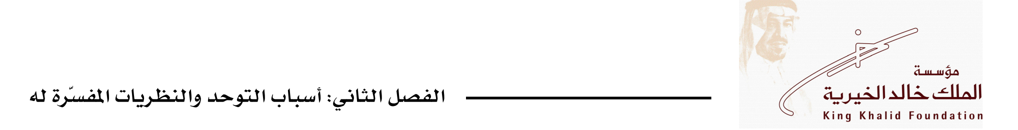
هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن الإصابة بالتوحد تحدث نتيجة عوامل بيولوجية. وأهم تلك المؤشرات - حسب ما يشير إليه (الحمدان،١٤٢١هـ) - هو أن الإصابة بالتوحد غالباً ما تكون مصحوبة بأعراض عصبية، أو إعاقة عقلية، أو مشكلات صحية محددة مثل الصرع. كما أن الحقيقة التي مفادها أن الإصابة بالتوحد تنتشر بنفس النسبة تقريباً في مختلف الثقافات والمجتمعات مؤشر ينفي احتمال أن يكون للعوامل الاجتماعية علاقة بالإصابة بالتوحد، وفيما يلي عرض لبعض المؤشرات التي تدعم النظرية البيولوجية للإصابة بالتوحد:

* خصائص الإصابة بالتوحد تكمن في الآتي:

- يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- ينتشر بنفس النسبة تقريباً في كل المجتمعات والثقافات.

* العوامل المصاحبة للتوحد:

- الإعاقة العقلية.
- الصرع.
- أعراض عصبية.
- صعوبات أثناء فترة الحمل.



- مشكلات أثناء عملية الولادة.

* الارتباط بحالات أخرى:

- حالات جينية (وراثية).
- حالات أيضية.
- التهابات فيروسية.
- متلازمة غير عادية خلقية (موروثة).

وقد يكون من الصعوبة القبول بالنظرية البيولوجية؛ فعندما ننظر إلى بعض الأطفال التوحديين لا نجد أي سبب طبي، أو إعاقة عقلية، أو إصابة بالصرع يمكن أن تعزى لها الإصابة بالتوحد، ولكن عندما نقوم بدراسة مجموعة من الأطفال المصابين بالتوحد، فسنلحظ أن إصابتهم بالتوحد تكون مصحوبة بحالات طبية مختلفة أكثر من المتوقع، الأمر الذي يقودنا إلى الاستنتاج بأن هناك بعض الأساليب البيولوجية الخفية أو المستترة وراء كل حالات التوحد، ولم يتم التعرف في الوقت الراهن إلى هذه الأسباب البيولوجية إلا في قليل من حالات التوحد (٦٤ ـ ٦٥).

رابعاً: العوامل النيولوجينية:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً بين بعض حالات التوحد في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال.

خامساً: العوامل العصبية:

في حالة كون التوحد ناتجاً عن عوامل عضوية، فإن العيوب تكون في الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System، ولقد دعّمت الأدلة العلمية هذا الافتراض؛ فمعظم الإشارات التميزية للتوحد؛ - مثل إعاقة تطور اللغة، والتخلف العقلي والسلوك الحركي الشاذ، والخمول، والنشاط للمدخلات الحسية، ومستوى الاستجابة والحركة للمثيرات السمعية والبصرية - تكون



مـرتبطة بوظيـفـة الجـهـاز العـصـبـي المركـزي. كـذلك، فـإن العـديد من الأطفـال التوحـديـين - وخـاصـة عندمـا يدخـلون مـرحلة المراهـقـة - يُظهـرون اضـطرابات معروفة بارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي المركزي.

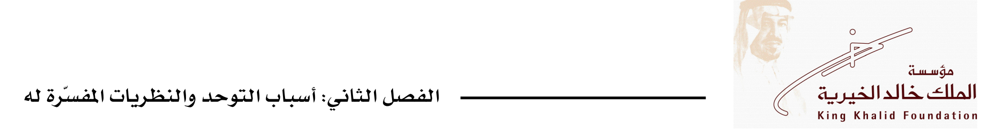
كمـا أن الفـحـوصـات العـصـبـيـة للأطفـال التـوحـديين تظهـر بعض الحـركـات الشـاذة أحيـاناً؛ مثل نغـمـة عـضلة ضـعـيـفـة، وتآزر ضـعـيـف، وسـيـلان اللعـاب، والنشاط الزائد. ولقد أشارت الدراسات إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين يظهرون هذه الإشارات العصبية.

كما أشارت العديد من التقارير إلى أن الأطفال التوحديين لديهم تخطيط دماغي شاذ رغم صعوبة إجراء هذا التخطيط على الأطفال التوحديين.

سادساً: النظريات المعرفية:

لا أحد ينكر أن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات معرفية شديدة، تؤثر على قـدرتهم على التـقليـد والفهم والمرونة والإبداع لتشكيل وتطبـيق القـواعـد والمبادئ واستعمال المعلومات. وبعبارة أخرى، فإن النظريات المعرفية تفترض أن المشكلات المعرفية هي مشكلات أولية وتسبّب مشكلات اجتماعية (الزريقات، ١١٦: ٢٠٠٤م). ومن خـلال هذه النظريات المعـرفـيـة، فـإن العلمـاء المعـرفـيين يحاولون تسليط الضوء على العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين. وهناك عدة فرضيات معرفية؛ منها:

أن هناك من يرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم لأسباب تعزى إلى عيب إدراكي. فهم يستطيعون الاستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصرياً أو سمعياً أو غير ذلك. ولعل الأدلة المخبرية التي جاءت من اختبار إيجاد الصور المخفية تدعم هذا التفسير. فهم يتفاعلون في مثل هذه الاختبارات؛ لأنهم يركـزون - بشكل مبـاشـر - على كل جزء، ولا يتـغـيـر ذلك بسـهـولة بسـبب الصورة الكلية، إلا أنهم لا يقومون باشتقاق المعاني من المثيرات لأجزاء كثيرة.



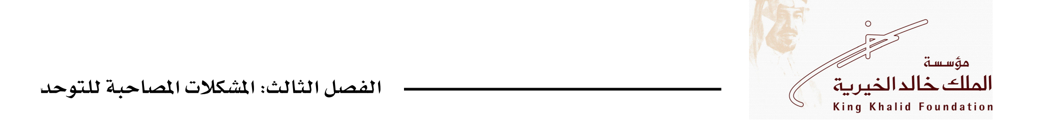
وهناك فرضيات أو نظريات معرفية أخرى تبرهن على أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسة، ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة.

سابعاً: نظرية العقل:

ومفاد هذه النظرية - كما تقول فريث Frith - بأن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي يمتاز بها الأفراد التوحديون تأتي من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين نظرية العقل، والتي تقول بأن الشخص التوحدي غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية، أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر، بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص، يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين (Hppe,1995-Frith,2003).

وخلاصة نظرية العقل هذه، هي أن العجز الاجتماعي الملحوظ عند الأطفال المصابين بالتوحد ما هو إلا نتيجة لعدم قدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ولديهم (الزريقات، ١١٨: ٢٠٠٤م).

هذه باختصار أهم الفرضيات التي كانت تدور حول أسباب التوحد، في حين أن هناك أسباباً أخرى محتملة لحدوث التوحد يؤمن بها أصحابها؛ مثل فرضية الببتايد الإفيونية، وزيادة قابلية التسرب في جدار الأمعاء، ونظرية الفطريات (الكانديدا)، ونظرية المعادن الثقيلة (الرصاص والزئبق) وغيرها. لكننا ناقشنا أهم ما يتم تداوله في موضوع أسباب التوحد.



الفصل الثالث
المشكلات المصاحبة للتوحد

مقدمة

لأن جزءاً أساسياً من نجاحنا في التعامل مع الطفل أو الشاب التوحدي يعتمد - بعد الله - على فهمه عن قرب، لذا كان هذا الفصل الذي يتطرق لأهم المشكلات التي تواجه الطفل والشاب التوحدي على حدٍّ سواء رتّبت بطريقة منطقية، وهي قد لا تعني وجودها بالكامل لدى التوحدي، بل يوجد البعض منها، ولكن من المهم الإلمام بها بشكل واضح، للتعرُّف إلى طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل والشاب التوحدي كي يَسْهُل علينا التعامل معها فيما بعد. ومن تلك المشكلات التي تم التطرق لها في هذا الفصل: مشكلات الاتصال واللغة، والمشكلات البصرية، والمشكلات السمعية، والمشكلات السلوكية، والمشكلات الاجتماعية والنفسية، ومشكلات التوظيف والمشكلات الخاصة.

المشكلات المصاحبة للتوحد:

يواجه الطفل التوحدي في حياته العديد من المشكلات المختلفة التي تؤثر عليه سلباً، وعلى تواصله الإيجابي مع مجتمعه؛ مما يفاقم من مشكلته. والأكثر من هذا أن جزءاً من تلك المشكلات تصيب أولياء الأمور، ويتأثرون بها، ولا يملكون سوى تقبلها والتعامل معها بشيء من الحكمة والروية والصبر، وإلا لأصبحت حياتهم صعبة؛ لأن مثل هذا الطفل التوحدي يتطلب عناية خاصة ورعاية متواصلة. والأكثر صعوبة من ذلك، أنه ليس هناك من يعمل على تقديم المساعدة والدعم والمساندة لهم للتخفيف من حدّة تلك المشكلات بشكل يريحهم



قليلاً ، ويجعلهم أكثر قدرة على الالتفات إلى ابنهم، والعناية به، وتقديم كل وسائل الدعم والمساعدة له.

ومن تلك المشكلات (نصر، ٨٢-٨٥: ١٤٢٤هـ):

أولاً: مشكلات الاتصال واللغة:

يواجه العديد من التوحديين مشكلات وصعوبات في الاتصال، ويفتقدون القدرة على استخدام اللغة بطريقة صحيحة ليتواصلوا بها مع من حولهم. وأيضاً لا يستطيعون اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تساعدهم على الاتصال والتعامل مع الآخرين. وهذا ما أكدته دراسة (Romberg G., 96)؛ حيث أشارت إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديين يفتقرون للغة بكل أشكالها وقواعدها، وهذا يؤثر على سلوكهم الاتصالي تجاه المجتمع المحيط بهم (Ehlers, R.C. & Ajohonson M & Gillberg, 1996, 387:43).

ومن أهم المشكلات الاتصالية التي تظهر بوضوح لدى الطفل التوحدي:

١- ترديد الكلام:

إن ترديد الكلام هو أحد العلامات المميزة للغة التوحدي. فترديد الكلام - أو الصدى الصوتي كما يطلق عليه البعض - يعد صفة معوقة لتواصل التوحديين، وتظهر هذه الصفة مع بدء الكلام عند الأطفال التوحديين مع الأفراد الآخرين، وتظهر أكثر عند الأطفال التوحديين ذوي الكفاءة والقدرات اللغوية المنخفضة، وتظهر أيضاً في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان والإثارة، وأيضاً لتعرضهم إلى تغيرات مفاجئة أو مواقف لا يحسبونها (كامل، ٣٩: ١٩٩٧م).

ويكثر التوحدي من ترداد الكلام؛ لأنه لا يدرك ما قيل له، وأيضاً لإحساسه الزائد بالاستثارة وعدم الأمان في بعض المواقف، وكذلك لأن بعض الأطفال التوحديين ذوي الكفاءات العليا يستخدمونها - أي (طريقة الترديد) -



لتوضيح رغباتهم لمن حولهم، أو للتعبير عن أنفسهم للآخرين. وهذا ما أكده (Rydell,95) . على أن الأطفال التوحديين الأكبر سناً والأقل في الاضطرابات الإدراكية يستخدمون هذه الطريقة لتوضيح متطلباتهم، أو التعبير عن أنفسهم في وقت معين (Rydell P. & prizant B, 1995:105:132).

٢- عكس الضمائر:

إن الأطفال التوحديين دائماً يخلطون بين الضمائر (أنا)، (أنت)، ويشيرون إلى أنفسهم بالضمير الثالث بدلاً من أن يستخدموا الضمير (أنا). واستنتج بعض العلماء مثل (Fay,80) أن هؤلاء الأطفال في الواقع لا يعكسون الضمائر، ولكنهم ببساطة يرددون ما سمعوه (Fay, WH, 1980: 21-50).

٣- مشكلة الانتباه:

يخفق الأطفال التوحديون في الانتباه إلى الأشياء التي ينتبه إليها الآخرون، ولكن إذا حدث وانتبه هؤلاء الأطفال إلى أشياء معينة، يكون من خلال التوجيه من الآخرين، والانتباه عنصر أساسي في الاتصال اللغوي، ولهذا فإن إخفاق الطفل في الانتباه إلى الأشياء المحيطة يجعله غير قادر على الاتصال مع من حوله (Jardan, R & Powell, s, S, 1995: 18-20).

٤- مشكلة الفهم:

إن الأطفال التوحديين لديهم تمييز سمعي ضعيف، وأيضاً لديهم مشكلات في الإدراك السمعي، وبالتالي يكونون غير قادرين على استخلاص المفاهيم من اللغة غير المسموعة واللغة المسموعة، وهذا يؤثر على قدرة الأطفال التوحديين على الفهم والتعرف، وبالتالي على الاتصال اللغوي بينهم وبين الآخرين.

٥- مشكلة التعبير:

يعاني الأطفال التوحديون من مشكلات في الحديث التعبيري. وقد يكون



حديثهم عشوائياً، أو يظل بعضهم بُكْماً طوال حياتهم، كما يجد الأطفال التوحديون صعوبة في بناء الجمل، وذلك إذا امتلكوا بعض الكلمات البسيطة.

٦- مشكلة التسمية (اللغة الرمزية):

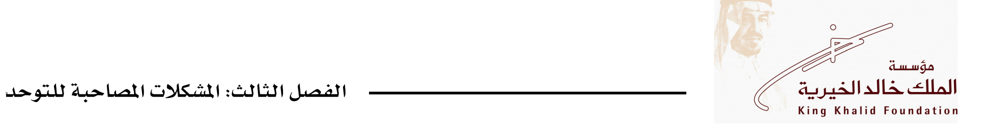
تغيب اللغة الرمزية كلياً أو تكون شاذة بدرجة عالية، ويظهر ذلك في عدم مقدرة هؤلاء الأطفال على تسمية الأشياء، أو اللعب بطريقة رمزية.

٧- مشكلة التقليد:

إن التقليد من أهم المهارات اللازمة للاتصال، فالطفل التوحدي لا يستطيع تقليد الأفعال أو الأصوات التي حوله، والتقليد كما أكَّده (Hochmann, 92) هو العملية المهمة التي لا بد من وجودها لتأسيس نظام اتصالي غير شفهي سليم. كما أكدت دراسة (Mazet,93) على أن التقليد الحركي يعد من المراحل الأولى في الاتصال، أي لابد من وجود مهارة التقليد ليبدأ الوليد بالمحيطين به؛ سواء أمه أو إخوته. والمشكلات السابقة - ألا وهي (الانتباه - الفهم - التعبير - التقليد - التسمية) - هي أهم المهارات التي تشكل الاتصال اللغوي، وبالتالي فالطفل التوحدي يعاني من مشكلات في كل هذه المهارات المكونة للاتصال اللغوي مع المحيطين به.

٨- النقص في القدرة على تبادل الحديث:

ينقص الأطفال التوحديين القدرة على تبادل الحديث. بمعنى الإخفاق في الربط، أو التنسيق بين الحديث الصادر عن الآخرين وعن أنفسهم، كما أنهم يكونون غير قادرين على الدخول في حديث مُرتّب؛ أي إنهم لا يعرفون متى يبدأون في الحديث ومتى يتوقفون عن التحدث من أجل الاستماع للطرف الآخر، وغالباً ما يؤدي أسلوبهم في الحوار إلى نقص اهتمام الطرف الآخر الموجود معهم، وبالتالي يؤثر على اتصالهم بمن حولهم (كامل، ٤٤-٤٥ : ١٩٩٧م).



٩- شذوذ الأصوات والكلمات الملفوظة:

أشارت الدراسات أن أصوات الأطفال التوحديين تميل لأن تكون مهزوزة، مع تحكم ضعيف في درجة الصوت، وينقص أصواتهم التنوع، فهي ثابتة دائماً، ويكون صوت بعضهم مزعجاً، أجشَّ. وآخرون منهم يكون صوتهم أحادي النغمة، كما أشارت دراسات أخرى أن أصواتهم تبدو ميكانيكية، مجوَّفة، بلهاء، خشبية، كما أشارت دراسات أخرى أيضاً أن هؤلاء الأطفال يسيرون مع التتابع الطبيعي للنمو بالنسبة إلى صدور الأصوات لديهم، ولكن بطريقة متأخرة (Garrow, E & Joan, I.L, 1996:415-416).

ثانياً: المشكلات البصرية:

قد يصاب الأطفال بمشكلات بصرية نتيجة لأعراض مرضية أثَّرت على العينين، أو على الأعصاب المتصلة من العينين بالمخ، أو على أجزاء المخ التي تستقبل الرسائل الحسية من العينين.

في بعض الأحيان، وبالاعتماد على سبب المشكلة البصرية وطبيعتها، قد نجد أطفالاً مصابين بمشكلات بصرية، ولديهم حركات بالأيدي، وميول للقفز والدوران المستمر، تماماً كالتي نجدها في سلوك الأطفال التوحديين، كما قد تكون الأمور الروتينية مهمة جداً لديهم، ويصبح تحريك أي شيء من مكانه المعتاد في المنزل، أمراً باعثاً للتعاسة وللحزن.

وقد يخيل للرائي أنهم ينظرون إلى ما وراء الأشخاص القريبين منهم أو من خلالهم، كما أن سلوكهم الاجتماعي يشكل مشكلة عويصةً لمن حولهم.

وعادة ما يكون بالإمكان التفريق بين الأطفال التوحديين والأطفال المصابين بمشكلات بصرية فقط؛ لأن هؤلاء لا يعانون من صعوبات في فهم ما يسمعون من أصوات وحديث. وما يحدد طبيعة الحالة تماماً هو التاريخ المرضي لحالة الطفل، بالإضافة إلى الفحص الطبي (المسلم، ٧١: ١٩٨٦م).



ثالثاً: المشكلات السمعية:

تعد المشكلات السمعية إحدى المشكلات الصحية التي يعاني منها الشخص التوحدي، فالكثير من التوحديين يعانون من مشاكل في الأذن، ومن الحساسية السمعية التي قد تفقدهم القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ونحن نعرف أن جزءاً من التواصل الاجتماعي يعتمد على حاسة السمع، فإذا كانت هناك مشكلة في هذه الحاسة، فلنا أن نتخيل حجم المشكلات التي سوف يعاني منها التوحدي ونتائجها غير المرضية عليه.

رابعاً: المشكلات الغذائية والهضمية:

غالباً ما تكون لدى الأطفال التوحديين مشكلات غذائية وهضمية، سببها منفِّرات قوية من الطعام، أو حبٌّ وتفضيل لبعض الأطعمة، وربما يواجهون اضطراباً في عملية الهضم. وهناك مؤشرات على أن الحامض الأميني تريبتو فان (Tryplophan) في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي (Metabolism) المهمة لسير وتنين الناقلات العصبية Neuotransmitter Serotonin وعلى السلوك. ولقد أشارت أدلة على أن الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لـ كاسين (Casein) بروتين الحليب، البقر وجلوتين (Gluten) النشا، وهذا يمكن أن يكون سبباً للتوحد (الزريقات، ٢٠٠٤م: ٢٩٩).

خامساً: المشكلات السلوكية:

هناك العديد من المشكلات السلوكية التي يواجهها الطفل التوحدي، ولكننا هنا سوف نكتفي بتلك المشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً بالنسبة إليه، وهي:

- صعوبات في استخدام دورة المياه:

يمثل عدم القدرة على التحكم في الإخراج مشكلة كبيرة لدى بعض الأطفال التوحديين، مما يُحتّم إجراء تقييم دقيق لمعرفة أسباب التبول غير الإرادي، أو عدم القدرة على التحكم في إخراج البراز. وعلى سبيل المثال: قد



يعود السبب في ذلك إلى تأخر اكتساب القدرة على التحكم في الإخراج، وفي مثل هذه الحالات يُنصح بتكثيف التدريب على استخدام دورة المياه. وإذا كان الطفل يبلل نفسه أثناء النوم، فهناك بعض الأساليب التي يمكن الاستعانة بها في مثل هذه الحالات، ومنها طريقة الجرس والفراش (Bell and pad) وتتلخص طريقة عمل هذا الأسلوب في أن الجرس يرن أتوماتيكياً بمجرد أن يبلل الطفل نفسه، وهذه الطريقة البسيطة تساعد الطفل على توقع الوقت الذي يجب عليه الذهاب فيه إلى دورة المياه، أو الطلب من والدته أن تأخذه إليها.

كما تستخدم بعض الأساليب السلوكية التي تساعد على تنمية قدرة الطفل على التحكم في الإخراج، ومنها استخدام النجوم التشجيعية، أو غيرها من المعززات السلوكية لمكافأة الطفل على فترات الجفاف أثناء النهار والليل. ومن المستحسن أن يتم اختيار البرنامج الأكثر ملاءمة للطفل، ولذلك لابد من استشارة الأخصائي النفسي، والذي يكون - في الغالب - مطلعاً على مختلف الأساليب والبرامج.

ومن جهة أخرى، يلحظ أن قليلاً من الأطفال التوحديين يتعودون على تلويث وجوههم أثناء وجودهم داخل دورة المياه. وما من شك في أن مثل هذا السلوك في حاجة لتدخّل سريع، من خلال اتباع الأساليب السلوكية التي يتم بموجبها مكافأة الطفل على عدم تلويث وجهه، وغني عن القول ما يمثله هذا السلوك من خطر على صحة الطفل وعائلته.

- السلوك العدواني:

إن غالبية التوحديين لا يظهر عليهم زيادة واضحة في السلوك العدواني، وهذا لا يعني أنهم لا يمرّون بحالات غضب، شأنهم شأن غيرهم عندما يتعرضون لمواقف محبطة. ويبقى الاحتمال قائماً لممارسة بعض الأطفال التوحديين سلوكاً عدوانياً؛ كأن يضرب غيره أو يؤذيه، وفي الغالب يتضح أن



الطفل التوحدي لا يدرك مدى التأثير العاطفي على ضحيته، حتى وإن كان يلحظ الأثر المادي عليه (كالبكاء مثلاً). ولذلك يكون من المجدي تعليم الطفل التوحدي أهمية تقدير مشاعر الأشخاص الآخرين واحترامهم، وقد يكون من الضروري في بعض حالات السلوك العدواني الاستعانة بإرشادات الأخصائي النفسي لتحديد أفضل الأساليب والبرامج السلوكية للتغلب على سلوك الطفل التوحدي ذي النزعة العدوانية.

- أنماط السلوك الاستحواذي المتكررة:

يعد السلوك الاستحواذي من أبرز الأنماط السلوكية المصاحبة للإصابة بالتوحد. فهل يجب تعديل هذا النمط السلوكي لمجرد كونه غير عادي؟ هناك من يعتقد أن مجرّد كون السلوك الاستحواذي يمثل سلوكاً غير عادي لا يعد سبباً كافياً لطلب المساعدة في تعديله أو علاجه، فكل واحد منا لديه جوانب شخصية غير طبيعية، ولكل منا الحق في أن يكون الشخص الذي يريد، بما في ذلك ما تشتمل عليه شخصيته من غرابة في السلوك. هذا بشكل عام، ولكن إذا كان السلوك الاستحواذي يُعرقل أو يُعوق نمو الطفل وتطوّره، عندها يجب البحث عن مساعدة أو علاج؛ فعلى سبيل المثال الطفل الذي يصر على قراءة كتب الأبجدية (الألف باء)، ويرفض قراءة غيرها. هذا السلوك يُمثّل عائقاً لنموه التربوي والتعليمي. ففي مثل هذه الحالات لابد من التدخل بغرض توسيع دائرة اهتمام الطفل من خلال حثّه وتشجيعه على قراءة كتب أخرى، ومكافأته على ذلك. وفي الوقت نفسه محاولة تقليص الوقت الذي يمضيه في ممارسة السلوك الاستحواذي بشكل تدريجي.

وهنا يجب التنوية إلى أن ما نحن بصدد تغييره، ليس الاستحواذ بحد ذاته، وإنما موضوع السلوك الاستحواذي. والدليل على ذلك هو أن بعض الأطفال التوحديين يتمكّنون من تطوير أنماط جديدة من السلوكيات الاستحواذية على



حساب الأنماط القديمة، لكنهم يعودون إليها في مواقف وأوقات معينة.

- الأنماط السلوكية المخجلة:

من السلوكيات التي يمكن أن ينظر إليها على أنها نوع من أنواع السذاجة الاجتماعية المصاحبة للتوحد، أن يقوم الطفل التوحدي ببعض التصرفات المخجلة. وعندما يحدث ذلك، يجب أن نُدرك أنه سلوك غير مقصود، كما يعتقد البعض، أو أن الهدف منه إزعاج الأب أو الأم كما يتصور بعض الآباء والأمهات. إنه ببساطة تجسيد لعدم قدرة الطفل التوحدي على تقدير أفكار الآخرين ومشاعرهم واحترامها. ومن أمثلة السلوكيات المخجلة الأكثر حدوثاً: أن يُعبّر الشخص التوحدي عما يجول بخاطره دون أن يُقدّر مشاعر من حوله، أو أن يتصرّف بطريقة لا تليق بالموقف الذي هو فيه، ولا تنسجم مع المعايير الاجتماعية التي تُحدّد طبيعة السلوك أو التصرف الملائم. ولا بد من تأكيد أن تعليم الطفل التوحدي طريقة التصرف الملائمة أو السلوك المناسب يجب أن يتم أثناء قيامه بالسلوك المخجل. ومن هنا يتضح أن التدريب على المهارات الاجتماعية يحتاج إلى عمل فردي مكثف؛ لأن قدرة الأطفال التوحديين على تمييز المؤشرات المصاحبة لهذه المواقف الاجتماعية وتفسيرها، لا تنمو أو تتطور بشكل طبيعي.

-إيذاء النفس:

يتصرف بعض التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم؛ مثل ضرب الرأس في الأرض أو الحائط، أو أن يضرب نفسه في مواقع مختلفة من جسمه أو أن يعضّ نفسه. وتعتمد أفضل طريقة للتعامل مع السلوكيات المؤذية للنفس على تقييم العوامل التي تدفع الشخص التوحدي للبدء بممارسة إيذاء نفسه، وتلك التي تجعله يستمر في عملية الإيذاء.

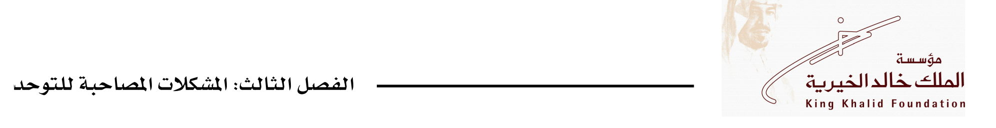
ويعد العلاج السلوكي أفضل الأساليب العلاجية جدوى وفائدة، ريثما تتم



السيطرة على السلوكيات المؤذية بمساعدة الأخصائي النفسي. كما يمكن استخدام بعض أدوات الحماية؛ كخوذة الرأس، أو قفازات الأيدي، أو جبائر اليدين، للحيلولة دون آثار السلوكيات المؤذية أو التخفيف منها. وما من شك في أن منظر الطفل وهو يؤذي نفسه يعد من المناظر المزعجة، سواء للشخص نفسه، أو لمن حوله من أفراد العائلة، أو من يقومون على رعايته. ولذلك فإن من الأهمية بمكان أن يتم التقيّد بتنفيذ البرنامج السلوكي المطبق بانتظام قبل أن نتوقع إحراز أي نجاح في معالجة السلوك المؤذي. وعلى سبيل المثال إذا اتضح من عملية التقييم أن الطفل يستمر في ممارسة السلوك المؤذي؛ لأنه نجح في جذب انتباه من حوله، فقد يتطلب البرنامج السلوكي من أفراد العائلة، أو من يقوم برعاية الطفل، مغادرة المكان الذي يوجد فيه الطفل فوراً، وعدم الالتفات إليه وهو يؤذي نفسه.

إن التعامل مع الموقف بهذه الطريقة لا يخلو من بعض الصعوبة؛ لأنه لا يمثل التصرف الطبيعي المتوقع في مثل هذه المواقف التي ربما تتطلب المساعدة. وعلى الرغم من ذلك، فإن تنفيذ البرنامج السلوكي بمنتهى الدقة، هو الخيار الوحيد الذي نستطيع من خلاله معرفة ما إذا كان جذب الانتباه هو العمل الأساسي لممارسة الطفل لسلوك إيذاء النفس. وعندما نتعرف إلى السبب نبدأ في تعليم الطفل وتدريبه على استراتيجيات بديلة تُمكنّه من الحصول على الانتباه الذي يريده دون أن يؤذي نفسه.

ومثال آخر للأسباب الأكثر شيوعاً لممارسة السلوك المؤذي يتمثل في لجوء الشخص التوحدي الذي لا يستطيع الكلام إلى ضرب رأسه في الحائط أو الأرض كوسيلة للتخلّص من الاستمرار في أداء واجب صعب. وفي مثل هذه الحالة يمكن تعليم الشخص التوحدي استخدام إشارة معينة للتعبير عن رغبته في أخذ قسط من الراحة من الواجب الذي يؤديه.



وخلاصة القول: إنه يمكن علاج أغلب حالات إيذاء النفس باتباع أساليب العلاج السلوكي، وتنفيذها بمنتهى الدقة. ويفضل أن يتم ذلك بمعرفة أخصائي نفسي واسع الاطلاع والتجربة واستشارته.

- صعوبات الأكل والطعام:

يعاني بعض التوحديين من مشكلة مضغ، أو أكل مواد غير صالحة للأكل؛ مثل التراب، والحجارة، والزجاج، والدهان. وفي مثل هذه الحالات يجب في البداية إجراء فحص طبي شامل للتأكد من أن الطفل لا يعاني من مشكلة صحية، مثل نقص الحديد أو الزنك، أو إصابته بتسمم الرصاص، التي ربما كانت السبب في مثل هذا السلوك، ولا بد كذلك من إجراء الفحص الطبي للتأكد من سلامة الطفل من أية أضرار ناتجة عن تناوله مواد غير صالحة للأكل، لا سيما جهازه الهضمي.

وبناء على ما تسفر عنه نتيجة الفحوص الطبية، يتم وصف العلاج المناسب من قبل طبيب مختص، وقد يؤدي ذلك إلى توقف الطفل عن تناول المواد غير الصالحة للأكل، كما يمكن الاستعانة بالعلاج السلوكي، والذي يعتمد على مكافأة الطفل على أكل المواد الصالحة للأكل.

ومن المشكلات الأخرى الشائعة والمتعلقة بالأكل والطعام: مشكلة المزاجية المفرطة؛ إما في الإصرار على تناول طعام معين، أو الإصرار على أن يُقدّم الطعام ويُرتّب بنفس الطريقة على السفرة دون أدنى تغيير. وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك الاستحواذي. ومن العوامل التي تساعد على استمرار الطفل في هذا السلوك، خشية الأهل أن تؤدي أي محاولة للتغيير في طريقة تقديم الأكل أو ترتيبه إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب. وعلى الرغم من تفهم مسوِّغات الأهل، إلا أن عدم المرونة في تقديم الأكل وترتيبه أمر لا يمكن الوفاء به في كل المواقف والأوقات، إلاّ أنه يصبح من



الضرورة بمكان محاولة تغيير سلوك الطفل المرتبط بتناول الطعام لضمان قدر أكبر من المرونة.

ومن الطرق التي يمكن تجربتها لتحقيق ذلك: محاولة تقديم أنواع الطعام التي لا يرغب الطفل في أكلها بكميات قليلة وبشكل تدريجي. وكذلك الحال بالنسبة إلى تغيير الطريقة التي يقدّم أو يرتّب الطعام بموجبها، ويتوقع أن يؤدي هذا الأسلوب التدريجي إلى تقبل الطفل للتغيير.

وهناك طريقة بديلة يمكن محاولتها، يتم بموجبها إدخال التغيير دفعة واحدة، على أن يصاحب ذلك إغفال تام لنوبات الغضب التي قد يمارسها الطفل. وعندما يكتشف الطفل أن غضبه لن يُغيّر من الأمر شيئاً، فمن المتوقع أن تتلاشى نوبات الغضب أو تختفي كلياً، لا سيما عندما يكون الطفل جائعاً، ولكن يجب التنويه إلى أن الطفل يمكن أن يحاول الإضراب عن الطعام لمقاومة التغيير. (الحمدان، ١٨٦-١٨٨: ١٤٢١هـ).

- نوبات الغضب:

تحدث نوبات الغضب عندما يطرأ تغيير على بيئة الطفل، لا سيما إذا كان التغيير يمس جوانب السلوكيات الاستحواذية التي اعتادها الطفل؛ مثل طريقة أكله، أو أنواع الأكل الذي يفضله. وقد ثبت أن أفضل الطرق للتعامل مع نوبات الغضب هو إهمالها، فمتى ما أيقن الطفل أن سلوكه لن يُمكنّه من تحقيق ما يريد، فإن هذا السلوك يتلاشى أو يختفي. ويخشى بعض الآباء والأمهات من تطور نوبات الغضب أو أن تتسبب في وقوع أذى أو مكروه للطفل. وفي مثل هذه الحالات، يُنصح الأهل، أو من يقوم برعاية الطفل، بضرورة التأكد من توفر عوامل السلامة في المكان الذي يوجد فيه الطفل أثناء نوبات الغضب، وعليهم القيام بإبعاد الكراسي أو قطع الأثاث ذات الزوايا الحادة، أو نقل الطفل إلى مكان أو غرفة أخرى تكون أكثر أمناً، وبهذه الطريقة تقل مخاوفهم،



وعليهم ألا يستسلموا لسلوك الطفل، وبالتالي فإن سلوك نوبات الغضب لا تلبث أن تتلاشى. ومن الأهمية بمكان أن تتم مراقبة الطفل عن بُعد أثناء نوبة الغضب خشية أن يؤذي نفسه. ومن الأساليب المفيدة في التعامل مع نوبات الغضب أن يمسك الأهل بالطفل أثناء النوبة بطريقة لا تسمح له بأن يؤذي نفسه أو غيره (الحمدان، ١٨٨-١٨٩: ١٤٢١هـ).

سادساً: المشكلات الاجتماعية والنفسية:

يعاني الأشخاص التوحديون من المشكلات الاجتماعية المختلفة، المتمثلة في عدم قدرتهم على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وعدم استجابتهم للآخرين الذين يبادرون إلى التفاعل معهم، خصوصاً إذا كان مجال التفاعل واضحاً وبسيطاً . وكذلك عدم قدرتهم على المبادرة إلى جذب انتباه الآخرين لهم ولما يقومون به من ألعاب، أو حتى مجرد بذل المحاولة للتعرف فيما إذا كانت الأمور التي يهتمون لها تهم الأشخاص الآخرين.

بالإضافة إلى عدم التقبل، وعدم توفر الخدمات والمراكز الكافية التي تساعدهم في التكيف الاجتماعي بشكل أفضل، ناهيك من مشكلات الزواج، وعدم قدرة الكثيرين منهم على الزواج لأسباب ترتبط بخصائص التوحد التي قد تمنع التوحدي أو تعوقه من الزواج والاستمرار فيه بشكل يضمن نجاحه. أما على صعيد المشكلات النفسية، فهناك الاكتئاب الذي يلازم الكثيرين منهم، والقلق، والذي يمكن أن يلحظ من تصرفاتهم في أحيان كثيرة.

سابعاً: مشكلات التوظيف:

من المشكلات التي يواجهها التوحديون - وبالذات الكفاءات العقلية العالية - مشكلة التوظيف في أعمال ومهن تناسبهم. ورغم أن مجال العمل الذي يمكن أن يلحق به التوحديون قد يشمل مجال الرياضيات والأعمال المكتبية والأعمال المنزلية ونحوها، إلا أن عدداً قليلاً من التوحديين يجدون مثل هذه الأعمال.



وهناك العديد من المشكلات التي قد تقف حائلاً دون إيجاد الوظيفة المناسبة لهذه الفئة ومنها على سبيل المثال (المسلم، ١٦٣: ١٩٨٦م):

١- الاضطرابات اللغوية لديهم، والتي تبعدهم عن تلك الأعمال التي تتطلب القدرة التخاطبية ذات المستوى العالي.

٢- الافتقار إلى المرونة، بمعنى أن العمل قد يكون في مجال تتداخل فيه المعلومات والتعليمات، وتتغير فيه الأنظمة باستمرار، وهذا أمر غير مناسب أيضاً.

٣- مشكلة الحساسية تجاه الأصوات والأضواء الباهرة لدى الراشدين التوحديين قد يعيق عملهم بالمصنع مثلاً إذ وجد فيه هذا الضجيج المستمر.

٤- إصابة الكثيرين منهم بالضيق والقلق والتشوش إذا كان الآخرون عجولين وغير صبورين، أو سريعي الانفعال، أو حادِّي الطباع، أو إذا صرخ شخص ما بصوت عال. فمنهم من يحتاجون إلى شخص يشرح لهم أدقّ التفاصيل عندما يتسلمون العمل، ومن يدلهم على تفاصيل كثيرة داخل محيط العمل؛ كغرفة الملابس، وأماكن الحمامات، ووقت الراحة المخصص. وباختصار، فهم بحاجة إلى من يراقب عملهم للتأكد من أن الأمور تسير على ما يرام.

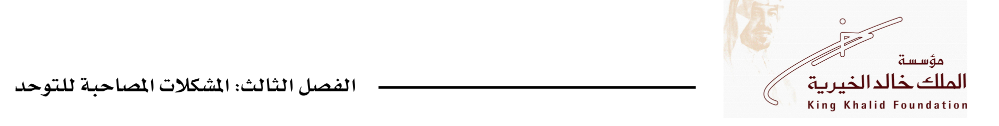
٥- تعقيدات المواصلات والتنقل من مكان العمل وإليه، قد تسبب حالة من التشوش والإرباك والضيق لدى التوحدي.

٦- عدم اهتمام بعض التوحديين بنفسه جيداً أثناء العمل أو تغيير ملابسه بانتظام؛ مما يعني ضرورة وجود من يهتم به من أهله في هذا الخصوص.

وكل هذه المشكلات ينبغي وضعها في الحسبان؛ لأنها تؤثر - ولا شك - على توظيف الشخص التوحدي، وينبغي وضعها في الحسبان.

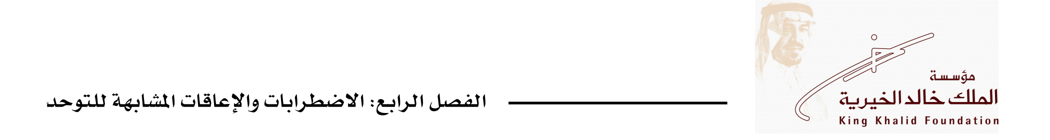
ثامناً: مشكلات خاصة:

يبدو الأطفال التوحديون طبيعيين في مظهرهم ما لم تكن هناك إعاقة



جسدية مصاحبة تؤثر في مظهرهم الخارجي، وهم غالباً ما يكونون جذابين وجميلي الهيئة.

وتشخيص حالة الطفل لا يتم سوى بعد عامين من عمره أو بعد ذلك بقليل، فيكون الأبوان بذلك قد اجتازا فترة طويلة من الظنون والشكوك المرتبطة بحالة مستمرة من القلق والألم بأن الطفل ليس طبيعياً، والتي يحاولان أن يطردوها من تفكيرهم ويستبعدونها من مخيلتهم. وهما يؤمنان لنفسيهما هذه الحماية النفسية؛ لأن النمو الفسيولوجي للطفل لا يسوّغ شكوكهما ومخاوفهما، فهو ينمو بصورة طبيعية، كما أنه دائماً يؤدي أمراً يدل على قدرة عالية، مما يجعل الجميع متأكداً من أنه ذكي بالفعل، ولكن يأتي بعد ذلك الوقت الذي يكون فيه ذلك القلق الهائم مسوغاً، وله دلائله الثابتة، وتصبح مسألة السعي وراء رأي مختص بالموضوع أمراً مطلوباً. وحتى يحين ذلك الوقت الحتمي، فإن الوالدين يكونان قد تأرجحا مراراً بين الأمل واليأس، مما يجعل تقبلهما للأمر الواقع أمراً عسيراً وغير هين. والتأخر في تشخيص الحالة أيضاً قد يعني أنه قد نمت أو نشأت لدى الطفل مجموعة جديدة من المشكلات السلوكية، التي كان من الممكن تلافيها لو أن إعاقته قد شُخّصت وفهمت عند مولده.



الفصل الرابع
الاضطرابات والإعاقات المشابهة للتوحد

مقدمة

هناك اضطرابات نمائية مشابهة للتوحد وإعاقات أخرى مصاحبة له لا تقل أهمية عنه، كونها متداخلة ومتشابكة وقريبة الشبه في أعراضها منه، وربما أحدثت نوعاً من التشويش والارتباك ليس لأولياء أمور التوحديين أنفسهم، بل وللمختصين أيضاً ممَّن هم في حاجة ماسة إلى فهم أكثر لطبيعة تلك الاضطرابات والإعاقات الأخرى المشابهة، أو من أجل الوصول إلى تشخيص واضح دقيق يسهم في تقديم خطة علاجية ناجعة وفعَّالة للطفل على المدى البعيد.

ولقد تم التطرق في هذا الفصل إلى الكثير من تلك الاضطرابات بشيء من التفصيل؛ ومنها: اضطراب ريتز، واضطراب اسبيرجر، واضطراب الطفولة الانحلالي، والفرط الحركي، واضطراب قلة التركيز، والكآبة، والاستحواذ الوسواسي، وصعوبة الارتباط العاطفي، وصعوبات تطور اللغة، وانفصام الشخصية، والصمم الخلقي، والبكم أو الصمت الاختياري، واضطرابات النمو الشاملة غير المحددة.

وتطرقت إلى الحديث عن الإعاقات الأخرى المصاحبة للتوحد، والتي يصعب التفريق بينها وبينه؛ ومنها: الإعاقات العقلية، وفصام الطفولة، واضطراب التواصل، واضطراب السمع والبصر، بالإضافة إلى بعض المظاهر السلوكية للطفل التوحدي مقارنة بالطفل العادي.



أولاً: الاضطرابات المشابهة للتوحد:

١- اضطراب ريتز (Rett's Disorder):

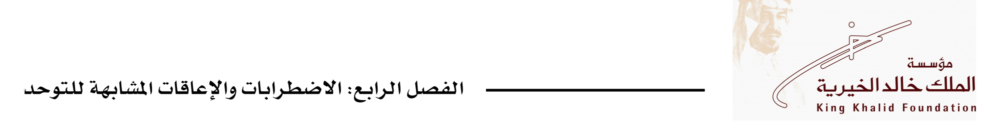
وهو اضطراب نيـرولـوجي Neurological يصـيب الإناث فـقط. ويظهـر اضطراب ريتز عبر التواصل بين المجموعة من الخصائص الجسدية والسلوكية والمستويات المتصاعدة لأمونيا الدم أو مرض الدم. ومن مظاهره: اختلال في نمو الرأس، ومشكلات في تناغم العضلات، ومشكلات في حركات اليد أو استخدامها، متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة، مع افتقار في استعمال اليدين، مع ضعف في القدرة على التعبير عن انفعالاتهم، ووجود مشكلات في الاتصال بالأعين، وصعوبة في التفاعل الاجتماعي.

وهذا الاضطراب اكتشف سنة ١٩٦٦ من خلال الدكتور (Andreos Rett). وهو معروف في الأوساط الطبية أكثر، وهذا الاضطراب يحسب حوالي (١) في ١٠,٠٠٠: ١٥,٠٠٠ طفلة، ودائمـاً يظهـر هذا الاضطراب في مـرحلة الطفولة المبكرة، وسببه غير معروف حتى الآن.

ويتم التشخيص من خلال الملاحظة لنمو الطفل المبكر، والرجوع إلى التاريخ الطبي، ولا توجد مقاييس مقننة إلى الآن نستطيع على أساسها وضع تشخيص إكلينيكي، ولكن يحاول أطباء الأطفال النيرولوجيين وأطباء التطور وضع قائمة مبسَّطة تؤدي إلى تقديم نوع من المعونة في التشخيص، وهذه القائمة تشمل الآتي:

١- الولادة ظاهرياً تبدو طبيعية، مع نمو طبيعي للحركات الإرادية من ٦: ١٨ شهراً.

٢- يكون محيط دائرة الرأس طبيعي عند الولادة، لكن يتبعه بطء في نمو الرأس، ويكون ما بين ٦: ٤٨ شهراً.



٣- يظهر اختلاف في مهارات استخدام اليد Hand Skills. ويكون ما بين ٥ : ٣٠ شهراً، ويصاحبها اتصال وظيفي سيِّئ، مع انطواء أو عدم تفاعل اجتماعي سليم.

٤- يظهر فساد نمو لغوي في الكلام والفهم اللغوي، مع تخلف عقلي شديد.

٥- افتقاد في تعلم السلوك، والنواحي الاجتماعية، والمهارات الحركية الإرادية.

٦- تظهر نماذج معقدة في حركات اليد؛ متمثلة في الكتابة، والمصافحة، والتصفيق، والنقر، وغيرها من المهارات التي تستخدم فيها اليد.

٧- يشخص دائماً في مرحلة من ٢ : ٥ سنوات (Autism Society of America, 1999,0).

٢- اضطراب اسبرجر (Asperger's Syndrom):

اكتشف هذا الاضطراب العالم الفيزيائي Hans Asperger الذي كان يعمل في نفس فترة ليوكانر المكتشف الأول للتوحدية، وأهدر Handrs بحثاً في ذلك الوقت يصف فيه أنماط السلوك لدى العديد من الصبية الصغار ذوي الذكاء العادي، ولكنهم يظهرون سلوكاً مشابهاً للتوحدية في العجز في المهارات الاجتماعية والاتصالات Communication.

وأوضح Hans Asperger أنه يمكن التمييز بين الاضطرابين من خلال علامتين في الخليتين: الأولى تختص ببداية المرض، والثانية بالتأخر اللغوي، حيث إن هذا المرض يبدأ في الخمسة أشهر الأولى من عمر الطفل، أما التوحد، فيبدأ في خلال الثلاث سنوات الأولى، أما التأخر اللغوي، فيكون فيه الأطفال التوحديون مختلين لغوياً؛ أي لغتهم شاذة، بعكس الآخرين.

كما أوضح أسبيرجر أن تعليم هؤلاء الأطفال لا يتم عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعيِّنة من الأطفال التوحديين، وقال: إن هؤلاء الأطفال كانوا يقومون بأعمالهم بأقصى أداء تلقائي جدي، كأنهم (مفكرون مجردون) (Biskop, D.U.M, 1989,P.P 107-21).



٣- اضطراب الطفولة الانحلالي (التفككي):

Childhood Disintegrative Disorder:

يتضمن هذا الاضطراب تراجعاً لغوياً شديداً، وسلوكاً متكيفاً، ومهارات حركية بعد فترة من النمو الطبيعي لفترة تراوح بين ٢-٤ سنوات.

وفي بدايات القرن الماضي عام ١٩٠٨م، أعلنت ثيودور هلير Theodor Heller نتائج مراقبة لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات، مع تدهور جاء بوقت أكثر تأخراً مما كان مع اضطراب ريتز، (الزريقات،٧٣: ٢٠٠٤م).

والجدير بالذكر أن اضطراب الطفولة الانحلالي مرّ بعدة أسماء طيلة السنوات الماضية؛ منها: الخرف الطفولي Dementia Infantile، والذهان التفككي، ومتلازمة هلير Hellers Syndrome نسبة إلى العالمة التي اكتشفته (DSM - IV).

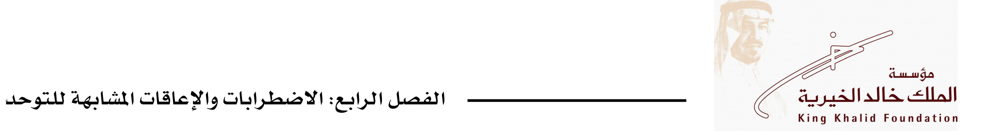
كما أن هذا الاضطراب بالنسبة إلى تصنيفه وانتشاره نادر جداً، ويحدث مرة واحدة بين كل ١٠,٠٠٠ ولادة تقريباً، ويحدث عند الذكور أكثر من الإناث.

٤- الفرط الحركي Hyperkinetic disorder:

وهو باختصار فرط وزيادة الحركة التي تؤدي إلى قلة التركيز في النشاط.

٥- اضطراب قلة التركيز Attention deficit disorders:

هي حالة نفسية عصبية تتميّز بوجود تركيز ضعيف عند الطفل المصاب أقل مما هو متوقع لمن هم في عمره، كما يصاحبه نشاط حركي زائد وسلوكيات متهورة. وهذه الأعراض تظهر دون سن السابعة في كثير من الأطفال المصابين، وإن كان اكتشافها يزداد بعد دخول الطفل المدرسة. وفي السنوات الأخيرة ازداد عدد الحالات المكتشفة في العالم، وقد لوحظ أنه



يصيب الذكور عشرة أضعاف إصابة الإناث تقريباً، وأسبابه غير معروفة، إلاّ أنها تتركز على إصابات الجهاز العصبي.

أعراض الاختلاف عند الأطفال: قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV) بوضع قواعد للتشخيص حيث قسمته ثلاثة أنواع (لسيطرة مجموعة من الأعراض) وهي:

(أ) عدم القدرة على التركيز:

لا يستطيع الطفل التركيز في عمل ما لمدة طويلة، كما يمكن بسهولة قطع تركيزه ولفت انتباهه، مما يجعله لا يتم ما يقوم به من أعمال، كما لا يستمع لك عندما تحدثه، وعندما يسمعك، فإنه يقوم بجزء من العمل المطلوب منه.

(ب) النشاط الزائد:

لا يعرف الطفل الجلوس مستقراً في المنزل أو في السيارة، فهو كثير الحركة دون هدف، يجري ويتسلق الجدران ويتكلم كثيراً.

(ت) سلوكيات متهورة:

لا يطيق الطفل الانتظار لأخذ دوره مثلاً، ويقوم بإزعاج الآخرين ومضايقتهم ومقاطعتهم، ويجيب عن السؤال قبل إكماله.

٦- الكآبة Depression:

تصيب الكآبة والحزن جميع الأعمار نتيجة عوامل مختلفة، كما أن التعبير عنها يكون بصور مختلفة تجعل من الصعوبة أحياناً تشخيصها، وقد يكون هناك تأخر في اكتساب المهارات الحركية والفكرية، وعند سن المدرسة تظهر عليهم علامات الحزن والانطوائية، وعدم القدرة على التركيز والإخفاق الدراسي، كما أن البعض قد تظهر عليهم حركات غير طبيعية.

٧- الاستحواذ الوسواسي Obsessive compulsive disorders:

هو اعتلال قلقي؛ حيث تعاود المريض باستمرار أفكار أو نزوات غير



مرغوب فيها (تسمى الاستحواذ)، مع سيطرة الأحاسيس لعمل شيء ما لكي تقلل من درجة الاستحواذ. هذه الأفكار الاستحواذية تظهر على أشكال ودرجات متنوعة، من فكرة فقدان التحكم بالنفس، إلى الحرص على نظافة الجسم، أو جزء منه بشكل مستمر ومبالغ فيه، هذه الزيادة في العناية والاهتمام في التصرفات والسلوك لدى المريض بالاستحواذ الوسواسي لا معنى لها، وهي تحدث بشكل متكرر ومقلق، وفي بعض الأحيان تكون ضارة، ومع ذلك يجد من يعاني منها صعوبة في السيطرة والتغلب عليها.

٨- صعوبات الارتباط العاطفي Attachment disorders:

عدم قدرة الطفل إقامة روابط عاطفية مع الوالدين، وغالباً ما يحدث ذلك نتيجة الحرمان العاطفي أو القسوة.

٩- صعوبات تطور اللغة Developmental language Disorder:

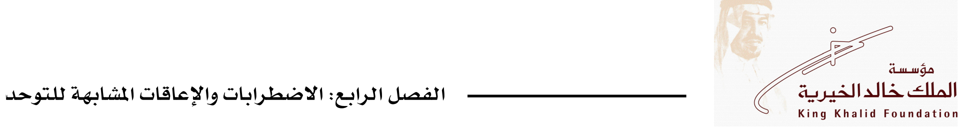
حيث يكون هناك تأخر في نمو اللغة لدى الطفل، ويكون نموه الاجتماعي طبيعياً نسبياً.

١٠- انفصام الشخصية Schizophrenia:

قد يحدث انفصام الشخصية في عمر مبكر، ولكن لا يمكن الكشف عن الحالة بسهولة، وعادة ما يكون معدل الذكاء عند الطفل دون المتوسط (أقل من ٨٠ نقطة)، وغالباً يكون من فئة الذهان، وتكون اللغة عادية دون مشكلات، كما أن لديه استجابة حادة للأحاسيس (حرارة، برودة)، وتظهر عليه علامات هلوسة وهذيان.

١١- الصمم الخِلْقي:

الأطفال المولودون بالصمم يواجهون الكثير من المشكلات خلال نموهم وتطورهم، وقد تكون لديهم مشكلات سلوكية متعددة، ومنها الانعزال الاجتماعي، ونقص التواصل اللفظي، وإذا كانت درجة نقص السمع متوسطة،



فقد يصنَّفون في فئة المتخلفين عقلياً أو التوحديين، وهؤلاء لديهم القدرة على التواصل غير اللفظي عن طريق لغة الإشارة، وقراءة الشفاه والتقليد والمحاكاة. أما التوحديون، فليس لديهم ضعف في السمع، ولكنهم غير قادرين على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وملحوظات الوالدين تعطي للمختصين التفصيلات اللازمة عن الحالة.

١٢- البكم أو الصمت الاختياري Elective autism:

ويتسم هذا النوع بإخفاق في استخدام الكلام والتواصل في بعض المواقف الاجتماعية، بالرغم من استخدام الكلام في مواقف أخرى، وهذا الاضطراب يختلف عن التوحدي؛ لأنه أقل خللاً في التفاعل الاجتماعي، وقد يكون له سبب نفسي. ولكن الطفل التوحدي يصدر أنماطاً سلوكية مشابهة لاضطراب التوحد، وعادة ما يبدأ أو يظهر قبل سن ٥ سنوات (David M. B. & Peter, D. H. 1998 :181).

١٣- اضطراب اللغة المختلطة (التعبيري والمتلقي):

يتمثل كلاهما في وجود خلل لغوي، ولكنه غير مرتبط بالخلل الذي يحدث في التفاعل الاجتماعي، كما أنه لا يرتبط أيضاً بضروب السلوك النمطي التكراري، ولكن تظل هناك بعض الصعوبات من حيث تحديد هذا الاضطراب، والتفرقة بينه وبين الاضطراب التوحدي.

١٤- اضطراب نمطية الحركة Stereotypic Movement Disorder:

يشخص هذا الاضطراب إذا كانت الصورة الإكلينيكية من حيث تكرار الحركات ونمطيتها أفضل مما هو عليه بالنسبة إلى صورة الطفل التوحدي، وعادة يتناول هذا الاضطراب سلوك البناء النفسي بصورة مختلفة عن الاضطراب التوحدي (DSM. IV, 1994: 96-70).

١٥- اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة:

:PerpasiveDevelop mental Disorder not otherwise Specified (PDD - NOS)

حسب ما تشير إليه الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV)، فإن



هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة، كأن يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة، وألاَّ تكون المقاييس تنطبق على اضطرابات معينة في التطور، كما هو الحال في انفصام الشخصية (الفصام)... إلخ (الصبي، ٦٥: ١٤٢٣هـ).

ثانياً: الإعاقات الأخرى المصاحبة للتوحد:

كما أن هناك اضطرابات وإعاقات أخرى مصاحبة للتوحد بنسب مختلفة. فمن المهم التفريق بينها في هذا المجال؛ لأن عدم التفريق بينها يؤدي إلى الإضرار بالطفل التوحدي، أو الطفل المصاب بإعاقات أخرى. بمعنى أن الطفل حينما يشخّص بأنه مصاب بإعاقة عقلية (تخلُّف مثلاً) بينما هو توحدي في الأصل، فهذا معناه أن نضع برنامجاً للطفل المتخلف عقلياً، وليس للطفل التوحدي، وفي هذا إضرار به وحرمانه من علاج كان يمكن أن يتلقاه في فترة مبكرة من عمره، ويسهم في تقدم علاجه وتحسين سلوكه قبل فوات الأوان، وقبل أن يصعب علاجه بالصورة المطلوبة. وهكذا هو الحال مع الاضطرابات الأخرى والمتمثلة في الآتي:

- الفوارق التشخيصية بين التوحّد والإعاقة العقلية (التخلف العقلي):

عندما اقترح كانر (Kanner) محكات لتشخيص التوحّد، فقد أشار إلى أن الأفراد التوحديين لديهم قدرات معرفية جيدة، لذلك فقد كانت الإعاقة العقلية مستبعدة ٧٠٪ من التوحديين قدرتهم العقلية في حدود التخلف. ومع أن الأداء الوظيفي - بشكل عام - للأطفال التوحّديين المعوَّقين عقلياً والأطفال المعوَّقين عقلياً متشابه، إلاّ أن الأداء في الإعاقة العقلية يكون منخفضاً ومتساوياً في جوانب الأداء، ولكن الأطفال التوحّديين المعوَّقين عقلياً لا يكون



أداؤهم متساوياً، إذ نلحظ أداءً أعلى في المهمَّات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى أو مهارات إدراك حركي، في حين يكون أقل أداءً لهم في المهمات اللفظية (القريوتي وآخرون، ٣٧١: ١٤١٨هـ).

ولأن هناك خلطاً بين التوحد والإعاقة العقلية، كون بعض خصائص الإعاقة العقلية تشبه السلوكيات التي يبديها الأطفال التوحّديون، لذا لابد من التفريق في عدد من النقاط المهمة التالية:

الأطفال التوحديون	الأطفال المعوقون عقلياً
- لا يوجد لديهم تعلق بالآخرين حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.	- يتعلقون بالآخرين ولديهم نسبياً وعي اجتماعي.
- لديهم قدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي والبصري ومهارات التعامل.	- غير موجودة لديهم.
- كمية اللغة واستخدامها للتواصل غير موجودة، وإن وجدت فإنها تكون غير عادية.	- كمية اللغة واستخدامها للتواصل مناسبة لذكائهم.
- نسبة وجود العيوب الجسمية لديهم أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى الإعاقة العقلية.	- نسبة وجود العيوب الجسمية أكثر بكثير من الأطفال التوحديين.
- يبدون مهارات خاصة تشمل الذاكرة، الموسيقى، الفن،...إلخ.	- لا يبدون مثل هذه المهارات.
- توجد لديهم سلوكيات نمطية شائعة تشمل حركات الذراع واليد أمام العينين، وكذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح.	- يختلفون في نوع السلوك النمطي الذي يظهرونه.

(البلشة، Rutter & Schoopler, 1978 - 1994).



- الفوارق التشخيصية بين التوحّد وفصام الطفولة:

عندما نُسب التوحد على أنه متعلق بالطب النفسي، فذلك لأنه - أي التوحد - كان يستخدم في ذلك الوقت لوصف أحد الأعراض الرئيسة للفصام والانسحاب أو الوحدة. وبالتالي، فإن افتراض الشبه بين التوحد والفصام كان منطقياً في ذلك الوقت، لدرجة أن الباحثين كان يسمون الأطفال التوحديين بالفصاميين، ولكن هناك فروقاً بين الاثنين، ومن أهم تلك الفروق:

الأطفال التوحديون	الأطفال الفصاميون
- قادرون على استخدام الرموز.	- غير قادرين على ذلك.
- غير قادرين على تطوير علاقات اجتماعية مع الآخرين، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة.	- يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين، ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم.
- لا توجد لديهم هلاوس وأوهام وفقدان ترابط الكلام.	- توجد لديهم.
- يتم الاضطراب لديهم قبل الشهر الثلاثين من العمر (وهذا أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام).	- عادة ما يبدأ في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة.
- نسبة الذكور إلى الإناث هي تقريباً ١: ٤ حسب نتائج دراسات علم البيئة.	- متساوٍ في النسبة والجينات، قد تفسر الفصام أكثر من التوحد.

(Rutter, 1978)



- الفوارق التشخيصية بين التوحّد واضطراب التواصل:

حيث إن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحّد، فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين التوحّد والاضطرابات اللغوية. بسبب هذا التشابه، فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات (القريوتي، ٢٧٣ : ١٤١٨هـ).

ولقد وجد أن اضطرابات اللغة الاستقبالية تتشابه مع اضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديون، ولقد أشارت نتائج الدراسات في هذا المجال إلى أنه مع وجود تشابه بين التوحّد واضطرابات اللغة الاستقبالية، فإنه يمكن التمييز بين الاضطرابين (القريوتي، ٢٧٣ : ١٤١٨هـ). ومن تلك الفروق:

الأطفال التوحديون	الأطفال ذوو الاضطرابات اللغوية
- لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة.	- يحاولون التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام.
- قد تظهر إعادة الكلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر.	- قد تظهر إعادة الكلام فقط.
- يخفقون في استخدام اللغة بوصفها وسيلة اتصال.	- يتعلمون فهم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية، ويحاولون التواصل مع الآخرين. ولذلك فإن القدرة أو القابلية على التعلم مع الرموز تعد الفارق الرئيس بين المجموعتين.

(Orniyz, 1973)



- الفوارق التشخيصية بين التوحّد واضطرابات السمع والبصر:

الأطفال التوحديون	الأطفال الصم
- السلوكيات، مثل الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من تغيير الروتين، تظهر على التوحديين، ولكنها تعد أولية وأساسية.	- تعد ثانوية مع إمكانية ظهور تلك السلوكيات للأطفال الصم.
- معظم الأطفال التوحديين ليسوا صمّاً، ويظهرون استثارة ذاتية وحركات نمطية. كما أن اضطرابات التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى التوحد في أول انطباع.	- يمكن أن يُظهر الأطفال المكفوفون أو ضعاف النظر مثل ذلك.

- بعض المظاهر السلوكية للطفل التوحدي مقارنة بالطفل العادي:

الاختلاف في سلوك الأطفال الصغار التوحديين وغير التوحديين

الأطفال التوحديون	الأطفال العاديون
الاتصال:	
- يتجنبون الاتصال بالعين.	- يدرسون أوجه أمهاتهم.
- يبدون وكأنهم صم.	- تثيرهم الأصوات باستمرار.
- يبدأون في تنمية اللغة، ثم فجأة يتوقفون عن الحديث.	- يستمرون في تعلم مفردات جديدة، ويتوسعون في استعمال التراكيب اللغوية.



الأطفال التوحديون	الأطفال العاديون
العلاقات الاجتماعية:	
- يتصرفون كما لو كانوا غير مدركين لدخول وخروج الآخرين.	- يصرخون عندما تتركهم أمهاتهم، ويكونون قلقين مع الغرباء.
- يهاجمون ويحرجون الآخرين دون تحرش أو إثارة.	- يظهرون غضباً عند الجوع والإحباط. - يتعرفون إلى الوجوه المألوفة، ويتبعون أمهاتهم.
- لا يمكن الوصول إليهم، كما لو كانوا في غلاف يعزلهم عن المجتمع.	
اكتشاف البيئة:	
- يظلون ثابتين على حركة أو نشاط واحد.	- يتحركون بانهماك من نشاط لآخر.
- يقومون بأنشطة وحركات غريبة؛ مثل الاهتزاز وإرخاء الأيدي والتصفيق.	- يستخدمون الجسد للوصول إلى مكان أو مواضع معينة.
- يستنشقون أو يلعقون اللعب.	- يكتشفون اللعب ويلعبون بها.
- لا يظهرون حساسية للحروق والكدمات، وقد يشوهون أنفسهم مثل العض الشديد.	- يبحثون عن السعادة ويحسون بالألم.

(نصر، ٦١-٦٢: ٢٠٠٢م)



الفصل الخامس
التشخيص والاختبارات والتقييم

مقدمة

نظراً لما للتشخيص المبكر من أهمية بالغة وحيوية لمعرفة اضطراب التوحد، وما يمكن أن يُقدّمه من فائدة عظيمة للمصابين به، إذا ما أُحسن استخدامه بشكل جيد، ومن قبل متخصصين أكفاء، وفي وقت مبكر من حياة الطفل، الأمر الذي ينعكس على وضع خطة علاجية سلوكية متكاملة، فإن هذا الفصل يعرض أولاً الصعوبات التي تعترض تشخيص التوحد وتحد من فاعليته، وكذلك يتعرض للمعايير التشخيصية لاضطراب التوحد والمعتمدة حالياً وبشكل موسع، ثم يتطرق لأهم الوسائل التي يُرتكز عليها عند تقييم التوحد.

صعوبة تشخيص التوحد:

لا يزال تشخيص التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة. وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص الاضطراب أو صفاته غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة، حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة، وبالتالي تمييز الأشخاص الاجتراريين عن غيرهم من الأفراد المصابين باضطرابات أخرى (سليمان، ٢٩: ١٤٢٠هـ).

ويتفق (حمودة، ١٠١: ١٩٩١م) مع العديد من الباحثين على سبيل المثال (القذافي، ١٩٩٤م)؛ (الشخص والدمياطي، ١٩٩٢م)؛ (الأشول، ١٩٨٧م) في أن اضطراب التوحد يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب



تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي. فالظاهر في مرحلة الرضاعة (العامين الأولين من العمر) أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيهما؛ ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر؛ فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تأخذه من فراشه، أي لا يأتي بالحركات المتوقعة التي يأتي بها الطفل العادي السوي في سن أربعة أشهر تقريباً؛ وقد لا يلحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين (عند دخول المدرسة) مثلاً، وقد يعدُّون هذه هي البداية، إلا أن التاريخ التطوري المفصل والدقيق سوف يكشف غالباً بداية مبكرة عن ذلك. وقد يرجع الوالدان التغير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو إصابته بمرض شديد، أو حادثة أو صدمة عاطفية.

وتظل مظاهر الاضطراب في أغلب الحالات طيلة حياة الشخص، وبعض الأطفال يتحسن تواصلهم، وتفاعلهم الاجتماعي، ومهارتهم اللغوية عند سن الخامسة إلى سن السادسة. ويمكن أن يحدث البلوغ تغيراً في أي من الاتجاهين: التحسن والتدهور، وقد يتفاقم العدوان والعناد، أو أي سلوك مضطرب آخر، ويظل لعدة سنوات. ونسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تصبح قادرة فعلاً على توجيه حياتها بشكل مستقل بأقل قدر من علامات الاضطراب، ولكن الاختلال الاجتماعي والحمق قد يظل لدى النسبة العظمى الذين يظلون معاقين. وهناك عوامل تنبئ بمصير اضطراب التوحد على المدى الطويل هي معامل الذكاء ونمو المهارات الاجتماعية واللغوية (٢٩-٣٠).



ويرجع (فراج، ٢-٣: ١٩٩٤م) صعوبة تشخيص اضطراب التوحد إلى ثلاثة عوامل:

العامل الأول: أن تقصي أعراض التوحد تشترك مع أعراض إعاقات أخرى أو تتشابه معها؛ مثل التخلف العقلي، ومع الإعاقات الانفعالية (العاطفية)، بل ومع حالات الفصام، ولدرجة أن كثيراً من علماء النفس يعدونها حالة فصام مبكرة يبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة.

العامل الثاني: أن البحوث التي تجرى على التوحد بحوث حديثة نسبياً؛ ذلك أن معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينيات، وبدرجة أكثر تحديداً في السبعينيات.

العامل الثالث: المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل هو التخلف الشديد، أو ربما التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني اضطراب التوحد والبيئة المحيطة به، كما أن عائقاً قد يوقف الجهاز العصبي عن العمل، وبالتالي يترتب على ذلك توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي، ونمو القدرات العقلية، وفاعلية عملية التنشئة الاجتماعية.

ومن الطبيعي أن يترتب على كل هذا القصور في النمو قدرات الطفل وتعذر التفاعل والاتصال بين الطفل والبيئة المحيطة تعذر نجاح برامج التأهيل الاجتماعي أو استحالتها في الحالات الشديدة. وربما يضاف إلى هذه الصعوبات تعدد الأعراض التي تتبلور بدءاً من الطفولة المبكرة، فتبدأ في الظهور ربما في الشهور أو في الأسابيع الأولى من حياة الطفل، وتزداد هذه الأعراض عدداً وتنوعاً ، سواء بالنسبة إلى النمو الإدراكي السمعي أو البصري، والنمو اللغوي والحركي والمعرفي، بل وبالنسبة إلى السلوك والتفاعل مع المجتمع، وغير ذلك من القدرات والوظائف الجسمية والعقلية (٣٠-٣١).



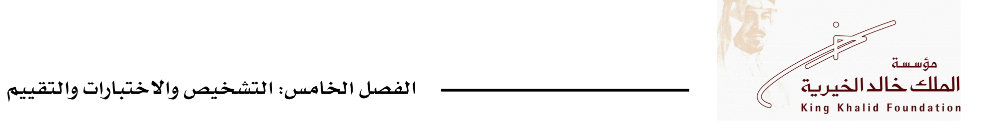
وفيما يتعلق بقضية التشخيص في التوحد يرى (القريوتي وآخرون، ٣٦٧: ١٩٩٥م) أن أية محاولة للتعرف إلى الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من التوحد وتشخيص حالاتهم، لا بد أن تنطلق من جهود «كانر» - بوصفه أول من أشار إليها. ففي مقالته الأساسية عن التوحد، أشار إلى خصائص ١١ طفلاً كانوا يعانون من جملة أعراض غير معروفة، وقد توصل «كانر» إلى هذه النتائج من خلال الملاحظة الدقيقة والمنظمة. ولقد كان الهدف من تلك الدراسة هو التعرف إلى الخصائص السلوكية للمفحوصين، وللتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى. وهذه الصفات تشمل: عدم القدرة على التعلق والانتماء Relate إلى الذات والآخرين، والمواقف، وذلك منذ الولادة، وتأخر في اكتساب الكلام، وعدم استخدام الكلام من أجل التواصل، وإعادة الكلام، ورغبة شديدة في المحافظة على الروتين، وعكس صفة الملكية، وسلوك لعب نمطي، وضعف في التخيل، وذاكرة جيدة، ومظهر جسماني طبيعي. وكانت معظم هذه الصفات قد ذكرت في دراسات لاحقة عن الأطفال الذين يعانون من التوحد.

ولقد أشار كل من «ريتفو وفريمان» (Ritvo & Freeman,1987) إلى أن حوالي ٦٠٪ من الأشخاص التوحديين أداؤهم أقل من ٥٠ على اختبارات الذكاء. ومع أن «كانر» قد أعطى وصفاً كلينيكياً غنياً للأشخاص التوحديين، إلا أن كل من «ريتفو وفريمان» أشارا إلى أن «كانر» لم يكن يحاول أن يطوّر نظاماً موضوعياً للتشخيص.

المعايير الأساسية لتشخيص اضطراب التوحد:

(أ) المعايير التشخيصية بحسب الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (D.S.M-3TR):

يتفق المختصون على تبني مجموعة من المعايير السلوكية لتشخيص التوحد. وقد تكون أكثر المعايير تفصيلاً هي التي وردت في الدليل التشخيصي



والإحصائي للرابطة الأمريكية للطب النفسي (-D.S.M). وإذا رجعنا إلى الدليل التشخيصي الثالث المعدل لعام ١٩٨٧م (D.S.M-3TR) مثلاً سنجد أنه يتضمن ستة عشر عنصراً (معياراً) تقع ضمن ثلاث فئات، ولكي يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من التوحد يشترط توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر، بحيث تشمل مظهرين من الفئة «أ» على الأقل، وكذلك مظهراً من الفئة «ب» على الأقل، ومظهراً من الفئة «ج» على الأقل. ويشترط لتحقيق التشخيص أن يكون السلوك شاذاً بالنسبة إلى مستوى تطور الطفل. والمعايير هي:

- **الفئة أ:**

قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وتظهر بالصور التالية:

١-افتقار واضح إلى الوعي بوجود الآخرين أو بمشاعرهم (على سبيل المثال يعامل الأشخاص كقطع الأثاث، ولا يدرك مشاعر الضيق لدى الآخرين، ويبدو أنه لا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

٢- عدم الإحساس بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة، أو التعبير عن ذلك بطرق شاذة (لا يلجأ إلى الراحة حتى عند المرض أو التعرض للأذى والتعب، أو أنه يطلب الراحة بأسلوب نمطي شاذ كترديد كلمة معينة).

٣- الافتقار إلى التقليد أو قصور فيه (لا يلوّح بيديه كشارة للتوديع، لا يقلّد الأم في أنشطتها المنزلية، قد يقلّد الآخرين بصورة آلية، يستجيب خارج إطار الموضوع).

٤- الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي أو اللعب بصورة شاذة (عدم المشاركة في الأنشطة البسيطة، يفضل اللعب منفرداً، يتخذ الأطفال الآخرين بوصفهم أدوات معينة فقط في اللعب).

٥- قصور كبير في القدرة على بناء صداقات مع الأقران (لا يبدي اهتماماً بتكوين الصداقة مع أقرانه: يصرف النظر عن اهتمامه بإيجاد الأصدقاء،



ويفتقر إلى فهم أصول التفاعل الاجتماعي).

- **الفئة ب:**

قصور نوعي في التواصل اللفظي، وكذلك في النشاط التخيلي. وتظهر في الصور التالية:

١- لا يمتلك أسلوباً للتواصل كما هو الحال مع الأصوات غير المفهومة، تعبيرات الوجه الإشارات والإيماءات، الحركات الجسدية، لغة الكلام.

٢- تواصل غير لفظي شاذ بصورة واضحة كما هو الحال في الحملقة في عيون الآخرين، تعبيرات الوجه، الإيماءات الجسدية، أو الإشارات التي يقصد بها مبادرة التفاعل الاجتماعي (لا يتوقع من الآخرين إمساكه، أي ملامسته، يتشنج عندما يحاول الآخرون ذلك، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه ولا يبتسم له، لا يرحب بالوالدين أو الزوار، يحملق بصورة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

٣- الافتقار إلى النشاط التخيلي كما هو الحال مع تمثيل أدوار الراشدين الشخصيات الخيالية، أو الحيوانات، والافتقار إلى الاهتمام بالقصص الخيالية.

٤- شذوذ واضح في إخراج الكلام؛ سواء في حدة الصوت، أو علوه، أو النبرة، أو معدل إخراج الأصوات، أو إيقاع الصوت، أو الترنيم (ارتفاع وانخفاض الصوت) كما هو الحال في رتابة الصوت واللحن الذي يشبه التساؤل والصوت ذي الدرجة العالية.

٥- اضطراب واضح في شكل الكلام أو محتواه، بما في ذلك الكلام النمطي والمتكرر (التكرار الميكانيكي للدعايات أو إعلانات التلفزيون)، استخدام كلمة «أنت» بدلاً من «أنا»؛ مثلاً. يقول: أنت تريد كعكاً، بل أنا أريد كعكاً.

٦- استخدام خاص في الكلمات أو الجمل كما هو الحال في قوله: اذهب إلى اللعبة الخضراء لتعني: أنا أريد أن أذهب للعب في الأرجوحة، أو استخدام



ملحوظات غير وثيقة الصلة بالموضوع (كالبدء بالتحدث عن مواعيد القطار أثناء الحديث عن موضوع حول الرياضة).

٧- قصور واضح في القدرة على المبادرة في الحديث رغم امتلاك الطفل القدرة على الكلام «الانغماس في حديث طويل في موضوع معين بصرف النظر عن إبداء استغرابهم للأمر».

- **الفئة جـ:**

ذخيرة محدودة جداً من الأنشطة والاهتمامات تظهر بالصور التالية:

١- حركات جسمية نمطية كما هو الحال في رفرفة اليدين وتحريكهما بصورة دائرية، ضرب الرأس وحركات جسمية معقدة.

٢- انشغال متواصل بأجزاء الأشياء؛ مثل: شم الأشياء، أو تحسس ملمس بصورة متكررة، أو تدوير (لف) عجلات سيارات الألعاب، أو التعلق بأشياء غير عادية؛ مثل الإصرار على حمل قطعة من خيط.

٣- انزعاج ملحوظ لأي تغير في العناصر البسيطة في بيئة الطفل؛ مثل نقل المزهرية من مكانها الأصلي.

٤- إصرار غير طبيعي على اتباع نظام معين «الروتين» بتفصيلاته الدقيقة؛ كالإصرار على اتباع الطريق نفسه عند الذهاب إلى التسوق.

٥- مدى محدود من الاهتمامات، والانشغال بشيء معين، كما هو الحال في الاهتمام بوضع الأشياء في صف، أو تكديس الحقائق حول الأرصاد الجوية، أو التظاهر بأنه شخصية خيالية.

(ب) المعايير التشخيصية حسب التصنيف الدولي للأمراض حسب منظمة الصحة العالمية (I.C.D.10):

المعايير الأساسية هي كالتالي:

١- اضطراب أو اختلال في المهارات الاجتماعية.



٢- اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.
٣- فقر شديد في الاهتمامات والأنشطة.

ويظل العرض الأساسي الذي قدمه كانر (Kanner) - وهو (Autistic) الوحدة والانعزالية - المعيار الأول والأكثر أهمية في مجال التشخيص، إلا أن حدوث الاضطراب يجب أن يكون في فترة مبكرة من حياة الطفل (أي قبل سن الثالثة). ومع ذلك، فإن التقارير تشير إلى وجود حالات استثنائية يظهر فيها الاضطراب في وقت متأخر.

إن المعايير المهمة في عملية التشخيص حالياً تتعلق باضطراب اللغة والتواصل، وذلك لكونها من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى تحويل الحالات إلى العيادات. ويمكن لاضطرابات التواصل أن تتدرج من غياب اللغة تماماً إلى مجرد تأخر في الكلام، فلقد تبين أنه من الممكن أن يكون هناك عجز كبير في تواصل ذي معنى على الرغم من سلامة الكلام.

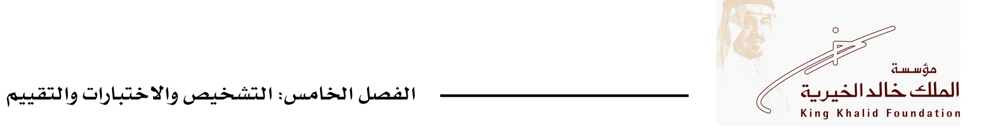
ومن المعايير التي تؤخذ في الحسبان: هي الافتقار إلى النشاط التخيلي. وهذا الأمر يشير إلى غياب اللعب الإيهامي، والافتقار إلى الاهتمام بالقصص الخيالية.

وإن مقاومة التغيير مظهر عام بين الأطفال التوحديين، لكن ليس بالضرورة بين الجميع (Firth1992). وبغض النظر ما إذا كانت الأعراض أولية، أم ثانوية، فإنها تختلف بناء على التفسير العام لصورة التشخيص السريري.

(جـ) المعايير التشخيصية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع):

صدر عام ١٩٩٤م بحسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويتضمن:

أولاً: يجب توافر ما مجموعه ستة أو أكثر من العناصر الواردة في البنود (١) (٢) (٣)، على أن يتضمن ذلك عنصرين على الأقل من (١)، وعنصراً على



الأقل من كل من (٢) و(٣) بحيث يكون مجموعة من العناصر النهائية لا تقل عن ستة.

١- ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي (يجب ظهور اثنين على الأقل):

أ - ضعف واضح في استخدام السلوك غير اللفظي المتعدد كما هو الحال مع التحديق في عيون الآخرين، تعبيرات الوجه، الأوضاع الجسمية، الإشارات أو الإيماءات الخاصة بتوجيه التفاعل الاجتماعي.

ب- الإخفاق في تنمية العلاقات المتوافقة مع مستوى التطور المماثلة للأقران.

ج - الافتقار إلى السعي التلقائي لمشاركة الآخرين الفرح، أو الاهتمامات، أو الإنجازات مع الآخرين (كالافتقار إلى إظهار الأشياء ذات الاهتمام، أو إحضارها، أو الإشارة إليها).

٢- ضعف نوعي في التواصل (ويشترط ظهور واحد على الأقل):

أ - التأخر أو الافتقار التام في اللغة المنطوقة «غير مصحوبة بأية محاولة للتعويض من خلال وسائل الاتصال البديلة الأخرى؛ مثل الإشارة أو التقليد».

ب- ضعف واضح في القدرة على المبادرة، أو تدعيم المحادثة مع الآخرين عند الأفراد الذين يمتلكون قدرة عادية على الكلام.

ج - استخدام نمطي ومتكرر للغة أو لغة بدائية.

د - الافتقار إلى اللعب الإيهامي التلقائي، أو المبادرة في اللعب الاجتماعي المناسب لمستوى تطور الطفل.

٣- أنماط سلوكية تتسم بالمحدودية والنمطية والتكرار، واهتمامات وأنشطة محدودة:

ويشترط فيها ظهور واحد على الأقل من المظاهر الآتية:

أ - انشغال بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات النمطية والمحدودة غير



السوية، إما في الحدة أو التركيز.

ب- عدم المرونة (جمود)، تقيد بأفعال روتينية أو متكررة غير وظيفية.

ج - حركات نمطية تكرارية (رفرفة اليدين أو تدويرها أو حركات جسدية معقدة).

د- انشغال قوي بأجزاء الأشياء.

ثانياً : تأخر أو أداء وظيفي غير سوي في واحد على الأقل من الحالات التالية، بحيث تحدث الإصابة قبل سن الثالثة:

١- التفاعل الاجتماعي.

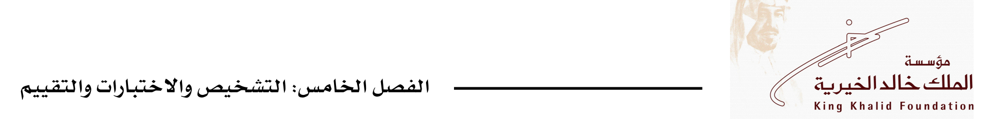
٢- اللغة كما تستخدم في مجال التواصل الاجتماعي.

٣- اللعب الرمزي أو الإيهامي (التخيلي).

ثالثاً : الاضطراب لا يرجع إلى اضطراب (ريت) أو اضطراب الانتكاس الطفولي:

التوحد الوارد في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 1994) مع الطبعة السابقة يشير إلى أن الوصول إلى معايير دقيقة ومحددة لتشخيص اضطراب التوحد لا زال أمراً بعيد المنال، مع العلم أن الدليل الجديد قد حافظ على المعايير الأساسية للتوحد والمتمثلة في توافر اختلال أو قصور في مجالات ثلاثة رئيسة؛ وهي (التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والاهتمامات، والأنشطة) إلا أن الدليل الجديد دمج مجموعة من العناصر ليصل مجموع المعايير إلى (١٣) عنصراً بدلاً من (١٦) عنصراً، ويحتاج تشخيص التوحد إلى توفر ستة معايير فقط.

وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءاً مباشراً في فريق التقييم، ولكن يتم استخدامهم مستشارين خارجيين يُكمّلون بعض البيانات المهمة عن هؤلاء الأطفال، ويتبادلون الحديث مع باقي فريق العمل، لمحاولة وضع أسس شخصية وعلاجية لهذه النوعية من الأطفال (Siegel, B, 1996,88:90).



ثالثاً: أهم الوسائل التي نرتكز إليها عند تقييم التوحد:

دائماً ما يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون إلى العديد من الطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل، وذلك من أجل وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي أمامهم، فهم دائماً يرجعون إلى مجموعة من الطرق، وهي كالآتي (نصر، ٢٨-٣٣: ٢٠٠٢م):

١- التاريخ التطوري للحالة:

إن أحد المكونات الرئيسة للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل حتى الوقت الحالي، ويشتمل التاريخ التطوري للحالة وضع الطفل ونموه، والمتغيرات التي طرأت عليه في هذه الفترات، مع توضيح مراحل نموه المختلفة إلى الوقت الحالي، وهل تناول عقاقير معينة في الفترة السابقة، أو حدثت له أي حوادث، أو أصيب بأي مرض وفي أي سن... إلخ. وهذا يوضح سلسلة من الأحداث تكشف وقت ظهور حالة التوحد عليه، وأي النقاط التي أثرت فيه، وجوانب القوة والضعف عنده (Freeman,B.J,1986:18-21).

٢- التاريخ الوراثي للحالة:

إن الحصول على التاريخ التطوري للحالة يشتمل أيضاً على الحصول على صورة لشجرة العائلة؛ أي التاريخ الوراثي بين أعضاء أسرة الزوج والزوجة، وهل هناك أحد أفراد الأسرة لديه اضطرابات أو خلل مرتبط بالحالة، فقد أكدت الأبحاث أن حوالي ٣٠٪ إلى ٥٠٪ من حالات التوحد قد يكون لها أصول وراثية، وأوضحت بعض الدراسات أنه قد تكون أسرة الطفل التوحدي لديها مشكلات في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين بها، بمعنى أن هذه الأسرة قد تكون غير اجتماعية، أو تحب الانطواء، أو تكون من الأسرة المحبطة وعليها ضغوط كثيرة فكل ذلك له تأثير على الطفل.

٣- تاريخ الحمل:

دائماً يحتاج الأخصائي الإكلينيكي أو الطبيب المعالج معرفة المزيد عن فترة



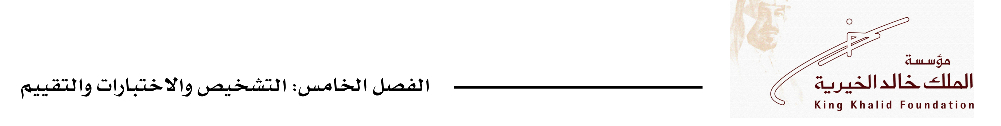
حمل الأم للطفل، حيث قد تحدث للأم بعض المخاطر أثناء هذه الفترة تكون لها صلة بوجود طفل توحدي لديها. بمعنى أن الأم من الممكن أن تتعرض لمجموعة من المخاطر أثناء الحمل؛ مثل تعرضها لأحد الأمراض المعدية، أو تعاطيها جرعة شديدة من أحد الأدوية، أو حدوث طفرة جينية، أو حدوث اضطراب في الكروموزومات دون أن تدري.

كل هذه الأشياء تعد من المخاطر التي قد ترتبط بوجود طفل توحدي، ويجب أن تسرد الأم للطبيب كل ما حدث في فترة حملها، ليس فقط المخاطر السابقة، ولكن أيضاً يجب توضيح الحالة النفسية التي كانت عليها الأم في هذه الفترة، لأنه من الممكن أن تكون الحالة النفسية عاملاً مساعداً في وجود طفل توحدي.

٤- التقييم السلوكي:

إن التقييم السلوكي جزء مهم من تقييم الطفل التوحدي، ولكن هذا النوع من التقييم يحتاج إلى خبرة كبيرة من قبل الأخصائي الإكلينيكي، ويوجد أسلوبان أساسيان لتجميع المعلومات السلوكية، الأسلوب الأول: الملحوظة غير المقننة، الثاني: الملحوظة المقننة. ويجب أن يُستند على النوعين في آن واحد للتقييم السليم.

ففي الملحوظة غير المقننة، يجعل الأخصائي أو الطبيب المعالج الطفل يلعب ببعض الدمى، ويطلب من والدة الطفل الحضور واللعب معه بتلك اللُّعب، وفي هذا الوقت يبدأ المعالج ملاحظة بعض النقاط؛ منها: رد فعل الطفل على وجود الأم معه في الحجرة، هل يقترب الطفل من والدته تلقائياً، ويحاول أن يلعب معها؟ هل اتصل الطفل بصرياً أثناء الاقتراب من والدته؟ ما هي فترة بقاء الاتصال؟ هل اتصل الطفل جسدياً بأمه؛ أي عانقها وجلس بجانبها أو على رجلها، وهنا يلحظ المعالج الطفل بمفرده، والطفل وسط أسرته، والطفل ووالدته.. أي إنه لاحظ الطفل في مواقف مختلفة وفي أماكن مختلفة أيضاً، ليجمع أكبر قدر من المعلومات السلوكية التي يقوم بها الطفل.



أما الملحوظة القياسية، فلا بد من وضع أسس ودرجات معينة لها، وذلك من أجل الخروج بنتيجة مقننة (Siegel,B,1996:94:95).

وفيما يلي سوف نعرض قائمة مقننة لملاحظة الاضطراب التوحدي، وهذه القائمة تساعد في الكشف عن الأعراض المختلفة التي لا تظهر أمام المعالج، فهذه القائمة يجيب عنها الوالدان، وتعد من القوائم المهمة لوصف العلامات الأولى التي تظهر على الطفل من عمر ١٨ شهراً إلى ٣ سنوات، وتعد العلامات الأولية لاضطراب التوحد.

قائمة ملاحظة للاضطرابات التطورية PDD والتوحدية

العمر بالشهور	الأسئلة
من الميلاد حتى ٦ شهور	- هل يبدو طفلك مهتماً بشكل غير عادي بالأشياء المتحركة أو الأضواء المتحركة (بالمقارنة باهتمامه العكسي للنظر إلى الأوجه مثلاً)؟
من ٦ حتى ١٢ شهراً	- هل من الصعب أن تجذبي انتباه طفلك؟ - بعض الأطفال يحبون الصعود لأعلى وآخرون يبكون؟ فهل طفلك من نوعية هؤلاء الذين يبكون؟
من ١٢ حتى ١٨ شهراً	- هل يشعر طفلك بالملل وعدم المبالاة للحديث مع المحيطين به؟ - هل لحظت أن طفلك يكون قادراً على التوجه نحو بعض الأصوات وليس للآخرين؟ - هل يتجاهل طفلك اللعب أغلب الوقت؟ - هل شعرت بالشك بأن طفلك مصاب بصعوبات بالسمع؟ - هل تعجبين إذا لم يعرف طفلك اسمه؟ - هل يفضل طفلك أطعمة معينة أو يرفضها بقوة؟



من ١٨ حتى ٢٤ شهراً	- هل يبدو طفلك غير مهتم بتعلم الحديث؟ - عند محاولة جذب انتباه طفلك؟ هل تشعرين أن طفلك يتجنب النظر إليك مباشرة؟ - هل يبدو طفلك خائفاً أو غير مدرك للأشياء الخطيرة؟ - هل يتجنب طفلك اللعب مع الدميات أو الحيوانات أو حتى يكرهها؟ - هل يتجنب طفلك اللعب بلعب جديدة بالرغم من أنه يتمتع بعد ذلك باللعب بها بعد أن يعتاد عليها؟ - لم يبدأ طفلك إظهار ما يرغب فيه باستخدام الإشارة أو الكلمات أو عمل ضوضاء؟ - في بعض الأحيان هل تشعرين أن طفلك يهتم بوجودك أم لا؟ - هل لطفلك لغة خاصة به؟
من ٣٠حتى ٣٦ شهراً	- هل تقلقين لأن طفلك لا يبدو مهتماً بالأطفال الآخرين؟ - هل طفلك لا يلعب لعباً رمزياً؟ - هل يبدو طفلك مهتماً بالأشياء الميكانيكية؛ مثل إشعال الضوء، فتح مقابض الأبواب والأقفال المراوح المنبهات، والمكانس الكهربائية؟ -هل طفلك غير قادر على محاكاة الآخرين؟ - هل طفلك لا يهتم بمشاهدة التلفزيون، أو الأشياء التي يشاهدها طفل في مثل عمره؟ - هل يتعلم طفلك الكلمات الجديدة عن طريق نغمتها، وليس تمييزها صوتياً؟ - هل يتمتع طفلك بالاتصال الجسدي عندما يرغب هو فيه، وليس أنت التي ترغبين فيه؟

	– هل تقلقين بشدة عندما تشعرين أن طفلك لا يتألم مثل غيره من الأطفال؟ – هل يظهر طفلك القدرة على محاكاة الأشياء مثلما يسمعها ويرددها أو يقلد الأصوات أفضل من الكلمات؟ – هل ينسى طفلك الكلمات القديمة عندما يتعلم الحديثة؟
من ٣٦حتى ٤٨ شهراً	– هل يردد الطفل الصدى بالضبط كما سمعه من قبل؟ – هل يلعب الطفل باللعب بطريقة مختلفة؟ – عند الاستمتاع بشيء هل يلوِّح طفلك بيديه أو بأصابعه؟ – هل تقلقين لأن نغمة صوت طفلك غير عادية مثل علو النبرة؟ – هل يشعر طفلك بالضيق عند تغيير في الروتين اليومي له؟ – هل يهتم طفلك بتنظيم لعبه بطريقة معينة؟ – هل يعرف طفلك الطريق الذي تسيرين فيه عند ذهابك للسيارة، وهل يتضايق إذا ذهبت بأسلوب آخر؟

٥- اختبارات الذكاء:

من المكونات المهمة لتقدير أي خلل تطوري وتشخيصه، اختبار الذكاء IQ. واختبار الذكاء هو الذي يُعطينا معلومات عن موضوع الطفل ومكانه تطورياً في الجانب العقلي، كما يسمح لنا اختبار الذكاء بمعرفة نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل، أما عن الطفل التوحدي عند تقديم اختبار الذكاء له، فلابد أن معرفة نقطة مهمة، وهي أننا لا نقيس ذكاء الجرفية المتعارف عليها، ولكننا نقيس ما يستطيع فعله وما لا يستطيع فعله، واختبارات الذكاء مقسمة إلى:



١- اختبار ذكاء لفظي Verbal IQ . ويشتمل على القدرة على إدراك اللغة واستخدامها لأغراض الاتصال مع الآخرين. وهناك شكلان أساسيان للذكاء اللفظي هما:

أ - اللغة الاستقبالية: والتي تشير إلى قدرة الطفل على إدراك ما يقال وفهمه.

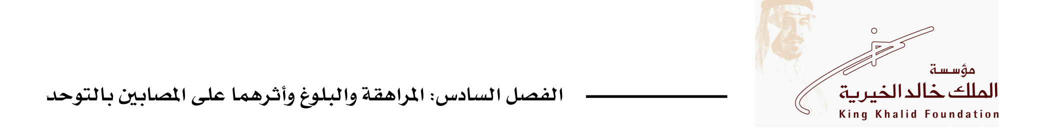
ب - اللغة التعبيرية: والتي تشير إلى كيفية استخدام الطفل للغة المتحدث بها، فالعديد من الأطفال التوحديين يكررون الكلام كثيراً (تكرار الكلام)، ولكنهم لا يدركون ما يقولونه بالفعل. ولذا فأغلب درجاتهم في الذكاء اللفظي تكون ضعيفة.

٢- النوع الثاني للذكاء: ذكاء الإنجاز Performane (PIQ):

ويشتمل على مدى جودة الأطفال وسرعتهم في إنجاز مهمات معينة، مثل إكمال أجزاء ناقصة في لوحة، أو تكوين كتل خشبية. ولهذا تقول: إن هؤلاء الأطفال لديهم تآزر حركي بصري. وهذا التآزر يظهر إما في الحركة الحقيقية (العضلات الدقيقة)؛ أي كل ما يُفعل بالأيدي والحركة الكبرى (العضلات الكبيرة) مثل الجري - المشي - ركوب الدراجات.

وغالباً ما يكون الأطفال التوحديون جيدين؛ أي إن مستوى ذكائهم الإنجازي جيد، ويظهر ذلك الإنجاز الجيد بعد خمس سنوات.

وفي النهاية، نود أن نشير إلى أن الدراسات السابقة أكدت أنه لا يوجد اختبار ذكاء للأطفال التوحديين أو أطفال الخلل التطوري PDD. أي لا يوجد اختبار ذكاء يشخص التوحدية أو PDD. ولكن قد تستخدم الكثير من الاختبارات الخاصة بمرحلة ما قبل المدرسة وما بعدها (Schopler,E & Mesidou,G,1988).



الفصل السادس
المراهقة والبلوغ وأثرهما على المصابين بالتوحد

مقدمة

لا شك أن أحد أهم الأمور التي تُقلق والدي الطفل والشاب التوحدي وتثير مخاوفهم، هي تلك المرحلة العمرية الحرجة المتعلقة بالمراهقة، وما يصاحبها من تطورات جنسية وسلوكيات غاية في الحساسية والإحراج، ويصعب السؤال عنها، أو طلب المساعدة فيها. وأهم من ذلك، المخاوف المتعلقة بالأمور الصحية المصاحبة لمرحلة البلوغ، كالصرع مثلاً... إلخ من تلك الأمور.

ولعلّنا في هذا الفصل نُسلّط الضوء على موضوع المراهقة والبلوغ، وأثرهما على الطفل التوحدي من خلال التطرق للمشكلات المصاحبة للتوحد في مرحلة المراهقة، والتوظيف الاجتماعي للتوحدي أثناء البلوغ، ومن ثمّ وضع بعض الحلول للتعامل مع الآثار المحتملة أو المتوقعة لمرحلة البلوغ بالنسبة إلى الشاب التوحدي.

المشكلات المصاحبة لمرحلة البلوغ:

نظرة عامة عن المراهقة والبلوغ في حياة التوحدي وآثارهما عليه:

لقد كان كل ما كُتب عن التوحد في المرحلة السابقة محصوراً في مرحلة الطفولة، ولم تكن هناك أي كتابات أو محاولات جادة للتطرق للموضوع في مرحلة المراهقة والبلوغ بالنسبة إلى التوحدي، لتسهم في إرشاد أولياء الأمور إلى التدابير والاستعدادات الخاصة والمهمة لمعالجة أبنائهم، والتعامل معهم في هذه المرحلة الحرجة من عمرهم بشكل عقلاني ومعقول. ناهيك عن عدم معرفة أولئك الآباء إلى أين يتجهون للحصول على تلك المعلومات الضرورية والتوجيه المهم. ولأن مناقشة مثل تلك الأمور على الملأ وأمام الآخرين في



المؤتمرات والندوات مثلاً أمر محرج وخاصة للأمهات، بالإضافة إلى عدم وجود متخصّص يطرح مثل هذه الأمور الجنسية للتوحد، ويساعد في تطوير مهارات أولياء الأمور لإفادة أبنائهم.

ورغم حساسية هذا السلوك الذي يصدر من المراهق التوحدي بالنسبة إلى الأهل، والإحراج الذي يشكله لهم، إلا أن هناك مشكلة أخرى لا تقل قلقاً بالنسبة إلى الوالدين أيضاً، وهي الطريقة التي يتم فيها التعامل مع هذه المسألة داخل المنزل، أو في مراكز الرعاية النهارية، أو حتى خارج المنزل؛ كالأسواق العامة والمتنزهات.

صحيح أن بعض الأشخاص التوحديين يمرون بهذه المرحلة في حياتهم دون أي مشكلات تُذكر، ولكن بالنسبة إلى البعض الآخر، فقد تكون هناك العديد من الصعوبات، وتزداد أكثر كلّما وجدوا معارضة شديدة من قبل الأهل على تصرفاتهم معهم وتوبيخهم لهم دون أن يعرفوا سبباً لذلك.

إن المشكلة التي تواجه المتخصصين أنفسهم داخل مراكز الرعاية النهارية هي عدم قدرتهم في الدفاع عن حقوق هذه الفئة في اكتشاف ميولهم ونشاطاتهم الجنسية، دون أن يعرضوا أنفسهم للخطر من هنا أو هناك. فالكثير من آباء التوحديين الذين تم التحدث معهم كانوا يعتقدون أن ابنهم غير مهتم بعملية الجماع على سبيل المثال. وبالتالي، فإن مخاوفهم أقل، في حين أن آباء الإناث التوحديات قلقون أكثر من تورط ابنتهم التوحدية في عملية جنسية مع آخرين، وهو قلقٌ له ما يُبرره.

إن المزعج في حقيقة الأمر هو أن نسبة كبيرة من سلوك التوحديين الذكور يتم في الأماكن العامة، كلمس الأعضاء التناسلية والاستمناء، وربما محاولة التحرش بأشخاص آخرين بتصرفات جنسية بريئة، أو التّفوه بكلمات ذات مدلولات جنسية محرجة بالنسبة إلى الوالدين. فنسبة لا بأس بها من الأمهات يقلن باستمرار بأنهن يرين بأنفسهن ابنتهن وهي تدخل مرحلة المراهقة، وترى



هذه الأم بنفسها كل التغيرات الجسدية تطرأ على ابنتها، ومع ذلك فهي تعتقد أن كل التغيرات لا تعني شيئاً لهذه الابنة، ولكن أشد ما يقلق هذه الأم هي أن تفاجأ ابنتها بهذه التغيرات الجسدية ذات يوم، فيصيبها الارتباك والأذى، ولربما تصرفت تصرفات مؤذية أو محرجة وأدمنت عليها. وبالتالي أصبح التخلص منها أمراً مستحيلاً أو صعباً إلى حد كبير.

وأرى شخصياً أنه آن الأوان للدخول في أعماق هذا الموضوع، ومناقشته بمنتهى الصراحة والوضوح والشفافية؛ لأنه من غير المعقول - وفي وقت كهذا وفي ظروف كهذه - ترك المراهق التوحدي بمفرده وهو بحاجة لمن يقف معه، وبالذات أقرب الناس إليه.

إن الكثير من تلك المخاوف والهموم حول أبنائنا التوحديين، وهم في سن المراهقة، سوف تزول، بإذن الله، إذا ما حاولنا السعي وراء الحصول على المعلومات والبحث عنها هنا وهناك، وعدم الاكتفاء بإلحاق التوحدي بالمراكز المختصة، وإلقاء المسؤولية على المعلمين والمعلمات، وكأنه طفل عادي يستطيع الاعتماد على نفسه.

صحيح أن هناك نقصاً في المعلومات المتعلقة بالعلاقات الجنسية بالنسبة إلى مثل هؤلاء الأولاد والبنات، ولكن هذا لا يمنع أبداً من أن نفهم تلك المرحلة الدقيقة (مرحلة المراهقة) التي يمر بها المراهق التوحدي، ذكراً كان أم أنثى، وحاجة هذا المراهق لتلك الممارسات الجنسية وسبب تعلقه بها وإدمانه عليها. والأهم من ذلك، أن نفكر جدياً في تلك الوسائل البديلة التي يمكن أن تستخدم للحد من تلك الممارسات الجنسية من قبل المراهق التوحدي، أو تخفيف حدّة الإدمان عليها.

فنحن فعلاً أمام مسألة غاية في التعقيد والحساسية أيضاً، إذ لو افترضنا أن مسألة حدوث الممارسات الجنسية مع البنات التوحديات أمر وارد الاحتمال، وقد يحدث رغماً عنا بشكل أو بآخر، فهذا معناه حدوث حمل



بالنسبة إلى هذه الفتاة في المستقبل، وهذا ما يخيفنا فعلاً. ولكن حتى لو افترضنا جدلاً أيضاً أن على آباء الفتيات التوحديات السعي للحصول على المعلومات الخاصة بالتحكم بالنسل (منع الحمل) هنا، فإن هذا المطلب سوف يُصحب بسؤال آخر لا يقل أهمية، وهو: من هو هذا الشخص الذي سيقدم للفتيات موانع الحمل، وأسباب استخدامها، وكيفية استخدامها؟

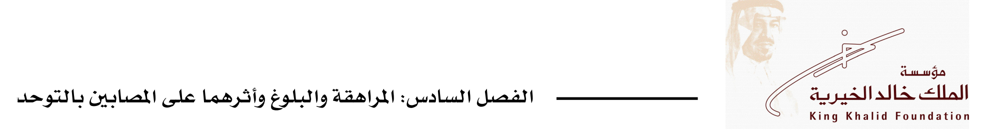
إذاً ما الذي ينبغي علينا معرفته من الناحية الجنسية بالنسبة إلى التوحد؟ وكيف يمكن لنا توظيف تلك المعرفة لخدمة هؤلاء التوحديين المراهقين؟

الآثار المتوقعة للإصابة بالتوحد في مرحلة المراهقة:

نستطيع القول – ودون أدنى تحفظ –: إنه حتى الآن لا تزال الآثار المترتبة على حدوث التوحد في مرحلة المراهقة غير معروفة على وجه التحديد، وقاصرة إلى حد كبير، وربما يكون أولئك الأشخاص الذين شُخِّصوا بالتوحد في مراحل متقدمة من السن هم قلائل، حيث إن التوحد كمفهوم لم يعرف إلا منذ منتصف القرن العشرين.

ولا شك أن الآثار المترتبة على الإصابة بالتوحد كثيرة ومنتشرة على نطاق واسع، والأشخاص التوحديون المصابون بإعاقة عقلية شديدة، بالإضافة إلى التوحد، يحتاجون إلى رعاية وإشراف متواصلين طيلة سنوات عمرهم، في حين أن الأطفال التوحديين الذين لا يعانون من إعاقة عقلية هم في حاجة للرعاية والأشراف على مستوى اللغة لديهم. وعلى الرغم من التحسن الذي يحصل في فترة المراهقة، والذي غالباً ما يكون بطيئاً ومحدوداً، إلا أن القدرة اللغوية عندهم يمكن أن تتحسن في هذه المرحلة.

أما من يعيش من هؤلاء الأشخاص التوحديين، وتكون أصابتهم خفيفة، فبإمكانهم أن يعيشوا حياة مستقلة، ويلحقوا بسوق العمل – هذا في الخارج طبعاً – حيث مستوى الوعي الكبير والإمكانيات.



المشكلات المصاحبة لمرحلة المراهقة للطفل التوحدي:

١- التغيرات الجسمية والعاطفية:

من الطبيعي أن يمر الأطفال بمرحلة المراهقة، وتطرأ عليهم بعض التغيرات الجسمية والعاطفية؛ لأنها مرحلة تحول في كل شيء. إلا أن هذه التغيرات تختلف لدى الأطفال التوحديين عمن سواهم من الأطفال العاديين. فالأطفال العاديون - وكما هو ملحوظ - غالباً ما يتمرّدون على آبائهم وأمهاتهم، ويكونون بعيدين عنهم، وربما لفترات طويلة، أما التوحديون؛ فالتغيرات لديهم لا تصل إلى هذه الدرجة، بل إنه من الممكن ألا تحصل مثل تلك التغيرات نهائياً. في حين أن الكثير من الآباء والأمهات يقلقون على مصير أبنائهم وبناتهم الاجتماعي في مرحلة المراهقة، وأن هناك تحسناً قد يطرأ على التكيف الاجتماعي لديهم.

ولكن الشيء المؤسف أحياناً، أن بعض الأطفال التوحديين يشعرون ببعض الكآبة نتيجة ملاحظتهم الاختلافات بينهم وبين الأشخاص العاديين، وبالذات فيما يتعلق بعدم قدرتهم على تكوين الصداقات.

أما بالنسبة للتغيرات الجسمية المصاحبة لسن البلوغ بالنسبة إلى التوحديين، فهي لا تختلف بمجملها عما يحدث لدى الأشخاص العاديين، إلا أن قدرة الأطفال التوحديين على فهم الجوانب الحسية تكاد تكون محدودة، مما قد يجعلهم عرضة للاستغلال من غيرهم من ضعاف النفوس، أو من يتصرفون بطريقة غير لائقة تحرج من حولهم - وبالذات الأهل - كما سوف نرى لاحقاً، وهذا ما يستدعي ضرورة وجود برنامج تدريسي للتوحديين في سن المراهقة لتوعيتهم بالجوانب الجنسية، وتبصيرهم بالضوابط وقواعد السلوك التي تحكم علاقتهم بالجنس الآخر، والأسس التي تبنى عليها الحياة الزوجية الأسرية وفق معايير المجتمع الذي ينتمون إليه.



أما ما يقلق آباء الأشخاص التوحديين وأمهاتهم في هذه المرحلة الحرجة هو كونهم سوف يفقدون ما حصلوا عليه من تطور في جوانب مختلفة، فنشير إلى أن هذا لا يمكن تعميمه، وإن كانت هناك بعض التقارير المقلقة التي تشير إلى إمكانية حدوث انتكاسة أو تراجع يشمل كافة جوانب النمو لدى فئة قليلة من التوحديين خلال مرحلة البلوغ وما بعدها.

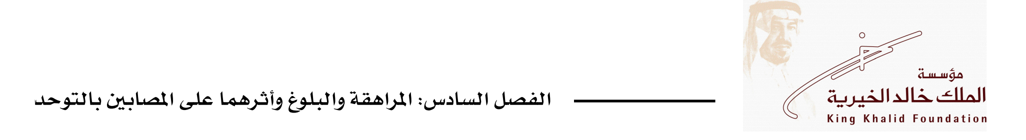
ولكن هناك تقارير أيضاً تشير إلى أن بعض هؤلاء التوحديين يتردى مستواهم لسوء الحظ، مما يؤدي إلى انخفاض قدرتهم على التعلم، وانخفاض الدرجات التي يحصلون عليها في اختبارات الذكاء.

٢- الاضطرابات النفسية:

في ضوء هذا العالم المتناقض والغامض الذي يلف الشاب التوحدي، وفي ضوء تلك السلسلة المتتالية من الإحباطات التي تواجهه - بشكل أو بآخر - في فترة البلوغ، ولا يستطيع أن يُعبّر عن سخطه عنها، فليس من المستغرب حينئذ أن يعاني التوحديون مشكلات إضافية كلّما تقدموا في العمر، ولأسباب أخرى أيضاً نظراً إلى طبيعة العلاقة بين التوحد والإعاقات الأخرى والفصام على وجه التحديد، والتي يتم على أساسها - ومع الأسف - فهم حالة المراهق التوحدي بشكل خاطئ، وبالتالي معاملته بشكل خاطئ أيضاً.

إن مستوى وحدة الاضطرابات النفسية التي تواجه هذا البالغ التوحدي تختلف تبعاً لنوع اضطراب التوحد نفسه، فيما إذا كان التوحد عادياً (كلاسيكياً) أو أسبيرجر. وعلى أي حال، تُعد مشكلات الإحباط والإثارة من أكثر الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتوحد في مرحلة البلوغ، والتي يجب التعامل معها بحذر، وبالذات من قبل الوالدين.

ونقول ذلك؛ لأن هذا المراهق التوحدي لا يستطيع التعبير بوضوح وبالطريقة التي نفهمها نحن بسهولة، وإنما يُعبّر عنها بسلوكيات قد تكون عدوانية أحياناً، وربما تشكل ضرراً عليه بشكل أو بآخر.



٣- النوبات الصرعية:

حسب ما يشير إليه الدكتور ستيفن. م أديلسون (Stephen M. Edelson) من مركز دراسة التوحد بسالم أوريجن بأن واحداً من كل أربعة من أطفال التوحد يصاب بنوبات صرعية خلال مرحلة البلوغ. والسبب الرئيس لذلك لم يعرف بعد، ولكن ربما يكون السبب مرجعه تغيرات هرمونية في الجسم، وأحياناً قد لا تظهر هذه النوبات الصرعية. مثلاً: قد يكون ذات صلة بالتشنجات، ولكن العديد من تلك الحالات تكون صغيرة، وخاصة في حالات النوبات الصرعية. (دون السريرية/ أي غير بادية الأعراض)، والتي قد يصعب تحديدها بالملحوظات البسيطة (غير الدقيقة).

وتتضمن النوبات الصرعية غير بادية الأعراض (دون السريرية) ما يأتي من أنشطة:

١- أعراض مشكلات سلوكية؛ مثل العدوانية، وإيذاء الذات، والأذى أو القسوة بقوة.

٢- تقدم بسيط للغاية للمكاسب الأكاديمية (تحصيل أكاديمي)، بعد أن كانت هناك مكاسب جيدة خلال فترة الطفولة، وقبل سنوات المراهقة.

٣- فقدان لبعض المكاسب السلوكية المعرفية.

ولكننا هنا - ونحن نتحدث عن مرحلة البلوغ واحتمالية تلك النوبات الصرعية - لا بد أن نشير إلى أن معظم الأشخاص التوحديين لا يعانون من نوبات صرعية خلال فترة البلوغ، نقول ذلك؛ لأن هناك تخوفاً ملحوظاً لدى الكثيرين من أولياء الأمور من تلك الفترة على أبنائهم التوحديين كونها تشكل لهم مصدر قلق دائم وخوف مستمر.

ولكن هذا لا يعني أيضاً تجاهل تلك المرحلة وما يصاحبها من تغيرات محتملة وسلبية؛ لأنها بالغة الأهمية، بل على الجميع أن يدركوا الواقع الذي مفاده



أن ٢٥٪ من أفراد التوحد قد يصابون بنوبات صرعية إكلينيكية أو غير بادية الأعراض. وكل حالة إذا لم يتم علاجها بصورة معقولة، فإن آثارها سوف تكون ضارة بالنسبة إلى البالغين التوحديين (htt: // www. autism.org/ Seizure. html).

التوظيف الاجتماعي للتوحدي في فترة البلوغ:

هناك العديد من المشكلات والاضطرابات في الاختلاط الاجتماعي التي يعاني منها المراهق أو البالغ التوحدي؛ ومنها، (كامل، ٦١-٦٩: ٢٠٠٣م):

١- الاضطرابات في إقامة العلاقات المتكافئة النظيرة.

٢- فهم الصداقة.

٣- فهم من ليس بصديق.

٤- الإخفاق في فهم أو الاستجابة بطريقة ملائمة لمشاعر وإحساس الآخرين.

٥- الإخفاق في المشاركة في المشاعر والخبرات.

٦- افتقار السلوكيات الاجتماعية الملائمة.

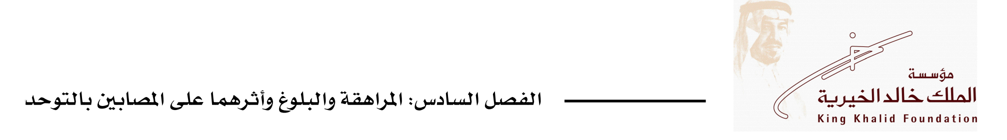
٧- العمل في تفسير التلميحات.

٨- القوانين، الفضيلة (الأخلاق)، الخداع.

٩- العمى العقلي، فهم المعتقدات، المعرفة والرغبات والنوايا.

وعلى الرغم من تلك المشكلات والاضطرابات الاجتماعية، فإن ذلك لا يجب أن يؤخذ على أنه دليل بأن هناك القليل الذي يوجد عمله لتطوير حياة الأفراد التوحديين وأسرهم.

حقاً إن التوحد ليس من المحتمل أن يشخص العيوب الأساسية في الفهم الاجتماعي، ومع ذلك فهناك الكثير الذي يمكن عمله لتقليل المشكلات، وبالتحديد لمنع حدوث المشكلات الثانوية التي تنتج من الاضطرابات الاجتماعية. وفيما يلي عرض بعض الأساليب التي يمكن استخدامها لتحسين التوظيف الاجتماعي، والتي تتمثل في (٧٠-٨٤).



١- البدء منذ النشأة الأولى:

إن المكوّن الأكثر أهمية في أي برنامج للتدخل الاجتماعي هو الحاجة لتوفير خطوط رئيسة وواضحة وسهلة، محددة من ما هو مقبول أو غير مقبول من سلوكيات المراحل الأولى من الحياة.

صحيح أن أكثر الأطفال ليست لديهم مثل هذه الخطوط العريضة الواضحة؛ لأنهم ولدوا على الفطرة، ولكن لديهم القابلية لتعلم القوانين الاجتماعية لتكييف سلوكياتهم بطريقة ملائمة. وبالنسبة إلى الأطفال التوحديين، فتوجد لديهم اضطرابات في القدرة على اكتساب مثل هذه القوانين الداخلية، وبالتالي تتحقق لديهم القدرة على تغيير سلوكياتهم حسب المواقف؛ إذ إن الأمر في حالة التوحديين يتحدد في أن أشكال السلوك الذي يتم تدعيمه في فترة عمرية معينة يمكن أن يستمر معهم مدى الحياة أو بتطور العمر، بصرف النظر عما إذا كانت هذه السلوكيات غير مقبولة اجتماعياً.

٢- تعلم قواعد السلوك الاجتماعي:

إن التوحديين غالباً ما يحتاجون إلى توجيه خاص عن متى أو كم مرة أو كيف يقومون بالمهمات الضرورية للتقبل الاجتماعي، وحتى مع الأذكياء منهم، فهناك دائماً عددٌ من النقاط التي يجب توضيحها لهم لتمدهم بتفسيرات دقيقة عن سبب عدم قبول بعض السلوكيات المعينة منهم.

وهذه القوانين والآداب العامة بداية - من الملبس والمأكل والمشرب، وتحية الآخرين، والتعامل مع الآخرين - ينبغي التأكد من تعريفهم إياها بأسلوب يتناسب ومدى استيعابهم. وكلّما كان ذلك في سنٍّ مبكرة، كلّما كان ذلك أفضل وأسرع للتعلم.

٣- تعلم العناية بالصحة الشخصية:

في ظروف معينة قد يحتاج هذا التوحدي إلى العيش في مكان مستقل،



وحينئذ يجب تدريبه على كيفية العناية بصحته الشخصية عن طريق وضع جدول معين لتنظيم نشاطه الأسبوعي، وتحديد بقية المهمات الأخرى.

٤ - الاستجابة للآخرين:

من المهم جداً في الاتصال الاجتماعي أن يكون لدى الفرد فهم كامل عن متى يكون التحدث مع شخص ما ملائماً أو غير ملائم، أو ما إذا كان موضوع معين يجب إثارته من عدمه. ولكن يلحظ أن الأطفال التوحديين لديهم اضطراب شديد في هذا الفهم. والاستجابات الملائمة لتوجيهات الآخرين عموماً، تحتاج إلى أن توضح في المواقف التي لا تؤدي إلى مشكلات. ومع الوقت، فإن السلوكيات التي يتم تعلمها بهذه الطريقة يمكن أن يتم تعميمها لتطبق في المواقف التي قد تحدث بها صعوبات.

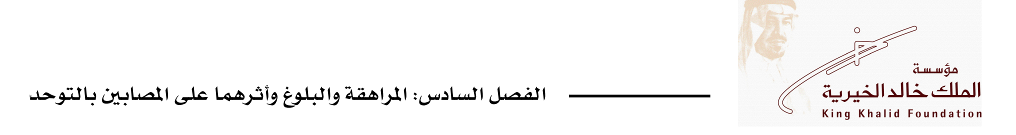
٥ - المساعدة على فهم اجتماعي أكثر تعقيداً:

إن هناك العديد من مشكلات الرفض الاجتماعي التي قد يتعرض لها الكثير من التوحديين، ويمكن من خلالها مناقشة القضايا العاطفية والعملية المحيطة بنا. وبالنظر، نجد أن تعليم أحد ما كيفية التعرف إذا ما كان الشخص صديقاً أم لا تعد مهمة شبه مستحيلة، هذا بالنسبة إلى الشخص العادي، فما بالك بالتوحدي. إن الوضع بالنسبة إليه أكثر صعوبة، لذا يجب مساعدته على فهم اجتماعي أكثر تعقيداً مما تعلمه من قبل.

٦ - كيفية تعليم التوحدي قول «لا»:

بعض الأشخاص التوحديين في مرحلة المراهقة قد يودون الحفاظ على بعض الصداقات، ولذلك نراهم ينفذون ما يطلب منهم من أولئك الأصدقاء، بغض النظر عن نوعية هذه المطالب أو شرعيتها أو قدرتهم عليها، وهنا تكمن المشكلات الاجتماعية بالنسبة إليهم.

لذا، فمن الضروري أن يتعلم هذا المراهق أن يقول: «لا» بطريقة مهذبة،



وذلك عندما يشعر أن هذا الطلب سوف يؤدي به إلى المشكلات.

٧ - احترام مشكلات الفرد:

لكي يصبح الأشخاص التوحديون ذوي الكفاءة العالية قادرين على مساعدة أنفسهم، فلابد أن يتعلموا كيف يصارحون الآخرين عن طبيعة مشكلاتهم الاجتماعية.

ومثل هذا الأسلوب لابد أن يتم تناوله بحذر شديد؛ لأن هذا الاقتراب قد يتعارض بوضوح مع الوسائل التي يتم استخدامها أحياناً لتشجيع التفاعل الاجتماعي، خاصة مع التوحديين. فعلى سبيل المثال: كان الاتصال المباشر بالعين يتم تشجيعه في الماضي، ومع ذلك فإن فنيّات السلوك يمكن استخدامها لزيادة الاتصال بالعين، ومثل هذه الوسائل لا يمكن أن تُعلّم بذكاء مفهوم لمحة العين ومقاصدها، ومتى يكون من الملائم أن تنظر إلى الآخرين، ومتى يجب أن تشيح بوجهك عنهم، ومتى يجب إمعان النظر إليهم. هذه أمور قد تكون صعبة، بل وبدلاً من ذلك، نجد أن كثيراً من التوحديين يفهمون تلك التعليمات على أنه يجب عليهم أن ينظروا إليها باستمرار وبحملقةٍ غير ملائمةٍ، وغالباً ما تكون اجتماعياً أكثر تشتيتاً للتركيز.

٨ - تعديل مطالب البيئة الاجتماعية:

إن التركيز على تغير توقعات الآخرين أو سلوكياتهم، يكون له أثر مهم في التدخل؛ مثل التركيز على عيوب الشخص التوحدي، ولكن هذا يتطلب مرونة ملحوظة من جانب المهتمين.

٩ - التعلم من الأخطاء:

بسبب كثرة المشكلات الاجتماعية الناتجة عن التوحد وانتشارها، فإنه مهما كانت المساعدة، فإن المشكلات تحدث بين وقت وآخر، ولكن ينبغي أن يعي كل من يعمل مع الأشخاص التوحديين أنه بدلاً من الإحباط بسبب الإخفاق في



العمل معهم، فإنه من المهم معرفة أن الأخطاء يمكن استعمالها بطريقة فعالة.

١٠ - التدريب على المهارات الاجتماعية:

إن التدريب على المهارات الاجتماعية بالنسبة إلى التوحدي أمر في غاية الأهمية، وبالذات في مراحل مبكرة من عمره، ذلك أن الاضطراب الاجتماعي الذي يصاحب التوحديين بشكل متزايد يكون مختلفاً عن الصعوبات الاجتماعية المتعلقة بالأمراض الأخرى.

١١ - تحسين القدرة على إدراك المفاهيم:

هناك تجارب ومحاولات لا بأس بها قد أوضحت أنه على الرغم من كثرة المشكلات المرتبطة بإدراك المفاهيم لدى الأطفال أو البالغين التوحديين، إلا أن مثل هذه العيوب يمكن تحسينها بكثير من طرق التدريب، وهذا أمر مُشجّع ينبغي التدرب عليه لتحسين القدرة على إدراك المفاهيم لدى التوحديين. ولكن مرة أخرى نقول: لا بد أن يكون هذا التشجيع في مراحل مبكرة من عمر الطفل، وبالتدريب المتواصل.

بعض الحلول للتعامل مع الآثار المحتملة لمرحلة البلوغ:

في ضوء هذا التشويش والارتباك الذي يعانيه الشاب التوحدي في هذه المرحلة الحرجة من عمره، والتي لا يعرف كيف يتعامل معها بشكل يتناسب مع قيم المجتمع، وفي ضوء ما يعانيه أولياء الأمور مع أبنائهم في هذه الفترة من قلق ومخاوف وتوتر، وأحياناً عدم القدرة على التصرف في المواقف المحرجة أو المفاجئة، في ضوء هذا كله نستطيع أن نقول: إنه من المهم جداً أن يلم أولياء الأمور ببعض الجوانب المعرفية المتعلقة بالتطور الجسدي وبعض الأمور الجنسية البسيطة المتعلقة بابنهم كأي ابن آخر يمر بنفس المرحلة.

فيما يتعلق بالتطور الجسدي لابد أن نفهم بوصفنا آباءً أن هناك العديد من الأمور التي قد تضايق الشاب التوحدي في مرحلة المراهقة، كما هو



الحال مع الشاب العادي، ومنها تلك التغيرات السريعة والمتلاحقة التي تحدث أثناء مرحلة البلوغ، كظهور الشّعر على المناطق الحساسة من الجسم، وإفهام الشاب بذلك بأسلوب بسيط، والتأكيد عليه من حين لآخر يساعد - بإذن الله - من حدة هذه المخاوف، وأيضاً يريح هذا الشاب التوحدي، وبالذات حينما نخبره وندربه كيف يعتني بصحته ونظافة جسمه، ولا بأس هنا من الاستشارة المهنية المتخصصة.

ولعل أفضل طريقة للتعامل مع الشاب التوحدي في هذه المرحلة من عمره هي أن نحقق له نقطة الاعتماد على النفس، ومن أهمها (المغلوث، ١٤٢٥هـ: ١٠٥- ١٠٦):

١- اعتماده على نفسه في دخول دورة المياه.
٢- اعتماده على نفسه عند الاستحمام.
٣- اعتماده على نفسه في ارتداء ملابسه الداخلية والخارجية.
٤- تعويده على إغلاق باب الحمام أثناء وجوده فيه، وكذلك إغلاق باب غرفته أثناء خلعه لملابسه.
٥- تعليمه الحرص على إغلاق سوستة بنطلونه قبل خروجه من الحمام.
٦- إذا كان الطفل متعوداً أن يتبول وهو واقف، فيمكن إجلاسه مثلاً.
٧- يمكن أن تطرق عليه باب الحمام من وقت لآخر بهدف تشتيت انتباهه، ومنعه من أداء حركات غير مرغوبة، وإذا كان الطفل التوحدي أصمَّ، فيمكن استخدام المصباح بإضاءته من حين لآخر.
٨- بعد انتهاء الطفل من الاستحمام يجب أن تحرص الأم على تعويده على ارتداء ملابسه الداخلية بالإضافة إلى روب الحمام قبل الخروج منه.
٩- إعطاء نموذج لهذه العادات بأن نقوم جميعاً باتباع هذه القاعدة حتى يستوعبها الطفل.



الفصل السابع
أساليب التعامل مع التوحد

مقدمة

في هذا الفصل الخاص بأساليب التعامل مع التوحد، سوف نتطرق لأهم الأساليب العلاجية المستخدمة مع التوحد، وهي كثيرة ولاشك، ومتشعبة، ويصعب تصنيفها تحت عنوان معين؛ لأن العلاج الواحد مثلاً قد يكون سلوكياً، وقد يكون اجتماعياً وهكذا. إلا أننا – ومن قبيل الاجتهاد – حاولنا تقسيم تلك الأساليب بطريقة منظمة كالتالي: العلاجات الطبية، والعلاجات الاجتماعية والنفسية، والعلاجات السلوكية والمعرفية، وكذلك العلاج من خلال مهارات الحياة اليومية.

أساليب التعامل مع التوحد:

هناك العديد من الأساليب العلاجية المستخدمة مع التوحد، ولكن هناك أيضاً تفاوت في نسب نجاحها، بمعنى أنه ليس هناك علاج ناجح ووحيد، وليس هناك علاج أفضل من غيره. فكل تلك العلاجات المختلفة تتعامل مع التوحد من رؤى وفرضيات مختلفة، بل وحتى من تخصصات عملية مختلفة.

ولقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على الأسس الثابتة والمتوقعة من هذا الشخص التوحدي (كتلك الأعمال النمطية التي يمارسها الطفل والشاب بشكل يومي).

وهناك حالات من التوحد نجحت معها برامج العلاج السلوكي، وأخرى نجحت معها تلك الوسائل التي تنمي المهارات الاجتماعية، أو الجانب اللغوي، وهكذا.



وما يجدر أن نشير إليه، أنه مهما كانت شهرة هذا البرنامج العلاجي أو ذاك، فهذا لا يعني أنه العلاج الأمثل للجميع، بل الأكثر من ذلك أنه حتى الدراسات التي أجريت حتى الآن حول تلك الأساليب لم تؤكد تفوّق برنامج على غيره، بل إن من تلك البرامج العلاجية - لكي تنجح أو تُعطي آثاراً إيجابية ملموسة في تحسن حالة الطفل أو الشاب التوحدي - لا بد أن تُدار تلك البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد كل حسب تخصصه، وبطريقة متناسقة وشاملة، تتكاتف فيها جهود كل المختصين المعنيين بعلاج هذا الطفل أو الشاب التوحدي، بالإضافة إلى ضرورة مراعاة مرونة الخدمة المقدمة، وتغييرها بتغيير حالة الطفل أو الشاب التوحدي. وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه بكل الأساليب الممكنة، وأن تقيّم تلك البرامج من حين لآخر وبشكل منتظم، مع محاولة مراعاة عوامل التغيير البيئية بين المنزل والمدرسة والمجتمع، وضرورة أن يكون للوالدين دور واضح وملموس في البرنامج العلاجي المقدم لطفلهما، ومحاولة تدريب هؤلاء الوالدين للمساعدة في البرنامج، وتوفير الجو والدعم النفسي والاجتماعي لهما. ومن تلك العلاجات:

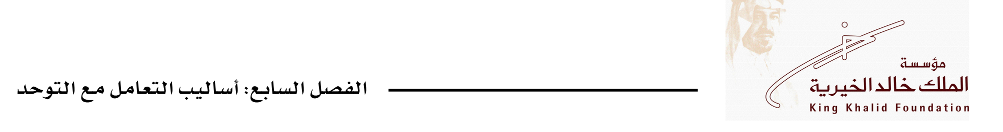
أولاً: العلاجات الطبية:

هناك العديد من العلاجات الطبية للتوحد، والتي يهدف كل منها إلى علاج مشكلة معينة في الجسم أو حلّها، ومن تلك العلاجات:

١- فايتمين B6 والماغنسيوم (VITAMIN B6 & MAGNIESIUM):

ويساعد هذا الفايتمين بعض الحالات التوحدية ممن لديهم نشاط زائد، ويحسن من سلوكهم بشكل عام، كما أنه يحسن اللغة واضطرابات النوم، ويخفف التهيج، ويزيد الانتباه.

ويضيف د. ستيفين أدلسون أن هناك ما يقارب من ١٨ بحثاً في هذا المجال نُفذت على التوحديين، وقد وُجد أن ٤٨٪ منهم قد تحسّنت حالتهم بعد



استعمال الفايتمين B6 ، إلا أنه يضيف أهمية إعطاء الماغنسيوم مع الفايتمين حتى يكون أكثر فعالية؛ فبعض الماغنسيوم يسبب تهيجاً وخشونة في الصوت.

والماغنسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحديين عادة، كما أنه يساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات ويقوي دور الإنزيمات في الجسم.

٢ - الفينوثيازي (PHENOTHIAZINES):

استخدم الفينوثيازي بفاعلية في علاج العظام. ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر مع التوحد.

٣ - الليثيوم (LITHUM):

استخدم في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس والاكتئاب). وأظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين مع الاضطراب الانفعالي الهوس الاكتئابي.

٤ - هاموديالسيس (HOEMODIALYSIS):

استخدم في علاج العظام والتوحد، ولكنه لم يظهر مساعدة تذكر.

٥ - عقار النالتركسون (NALTERXONER):

مازال قيد الدراسة، حيث يعمل على الحد من إثارة الدماغ، ويخفض السلوكيات النمطية، ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

٦ - عقار الفنفلورامين (FENFULURAMINE):

يعمل على خفض مستويات السيروتوتين في الدم، ويسبب مستويات هذه المادة في دم الأطفال التوحديين، فقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال التوحديين لهذا العقار.

٧ - عقارات فلوفوكامين (FLUVAXAMINE) وفلوكستلين (FLUOXECTINE) وسيرترلين (SERTRALINE):

تعمل هذه العقارات على الوقاية من إعادة امتصاص السيروتونين من قبل



الخلية العصبية، وبالتالي تعمل على جعل الناقلات العصبية متوفرة أكثر لتكون فعّالة في الخليّة الأخرى في السلسلة.

ولقد استفادت بعض حالات التوحد من هذه الأدوية، واستعمالها معهم دعّم وجود شذوذات في سيروتونين التمثيل الغذائي لهم.

٨- الأدوية المضادة للصرع:

وتستخدم هذه الأدوية، لأن العديد من التوحديين لديهم نوبات صرع، وخصوصاً أولئك المصابين بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدّرن (TU(BEROUS، وكذلك وجود الحبسة الصرعية (EPILEPLIC APHOSIAS) لدى بعض حالات التوحد.

٩- الميلاتونين الفمي (ORAL MELATONIN):

وتستخدم هذه المادة المنتجة من خلال الفترة الصنوبرية في الدماغ من المشكلات التي يعاني منها التوحديون، حيث لها أثر فعَّال في تنظيم دائرة النوم واليقظة.

١٠- الحمية الخالية من الجلوتين والكازين (Gluten & Casin Free Diet):

إن الأساس الذي ترتكز عليه هذه الحمية هي نظرية الببتايد الأفيونية الذي اكتشفها العالم النرويجي رتشاليت، وتبنَّاها بول شاتوك.

وهي عدم قدرة الطفل على هضم نوعين من البروتينات، وهما مادة الكازين، وهو البروتين الموجود في الحليب ومشتقاته، والجلوتين (الموجود في القمح والحنطة ومشتقاتها)، وبالتالي عدم القدرة على تحويلها إلى جزيئات صغيرة في الأمعاء. وبذلك يتراكم ما يسمى «بالبتايد الأفيونية» الذي يمتص من الأمعاء، ويسير في الدم، ويؤثر على مخ الأطفال والكبار المصابين بالتوحد، مما يُسبّب نشاطاً مُفرطاً قد يقترن ببعض النوبات العصبية والسلوكية غير الطبيعية.

١١- العلاج بالسكرتين (Secreten):

السكرتين (Secreten) هو هرمون يوجد في الأمعاء، وينظم وظائف المعدة،



وهو معروف منذ حوالي ٢٠ سنة، ويستعمل لفحص وظائف البنكرياس، وتشخيص بعض أمراض الجهاز الهضمي، وخاصة أمراض المرارة، وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحّد؛ حيث يقوم السكرتين باستمالة البنكرياس لإفراز مادة البيكربونات ليخفف من حموضة المعدة. ويلقى هرمون السكرتين صدى إعلامياً وعلمياً واسعاً في الآونة الأخيرة بوصفه أحد أساليب التدخل التي قد تحدث تحسناً ملحوظاً وسريعاً لدى بعض حالات التوحد. ويوضح ورنر (Warner,2000) على سبيل المثال - بعد أن قام بإعطاء ما يزيد على ألف جرعة من هرمون السكرتين لحالات التوحد التي تعامل معها - أن حوالي (٨٥٪) من هذه الحالات حصل فيها تحسن، بعد أن تم إعطاؤها جرعة واحدة فقط من هرمون السكرتين (الشمري، ١٧: ٢٠٠٠م).

ومن الآثار الجانبية للسكرتين: النشاط الزائد، والعدائية، وبعض الأطفال يكون لديهم صرع خفيف بعد أخذ الجرعة الرابعة. ويؤكد الباحثون أنه لا يجب النظر إلى السكرتين على أنه العلاج الناجح للتوحد، ولكنه يساعد في تحسن حالات التوحد، وعدم وجود آثار سلبية جانبية.

والمعروف أن أول من اكتشف السكرتين وعلاقته بالتوحد (فيكتوريا بك) والدة طفل توحدي اسمه باركر، الذي احتاج ولدها إلى فحص لجهازه الهضمي بسبب إصابته بإسهال متكرر. وبعد أن أخذ الطفل حقنة السكرتين قبل الاختبار لاحظت الأم أن سلوك ابنها تحسّن بشكل ملحوظ.

١٢- العلاج عن طريق كرينوسكرل

(CRANO SACRAL THREAPY CST):

هي تدليك خفيف للجمجمة ولأسفل فقرات العمود الفقري. ومن هنا أتى المصطلح الطبي اللاتيني لعظم الجمجمة (كرينو)، وأيضاً المصطلح الطبي



لفقرات أسفل الظهر «سيكرل».

ونظرية هذا العلاج تتمركز حول الأغشية السحائية في الجهاز العصبي. ويشرح بروفسور جون إبليدجر - الرائد في هذا العلاج - نظرية هذه الطريقة بالنسبة إلى التوحد، حيث يذكر أنه خلال عملية النمو الطبيعية لمخ الطفل لا بد وأن الغشاء السحائي الذي يغطي التجاويف والمخ أن ينمو هو الآخر ليماشي نمو بقية أجزاء الجهاز العصبي.

١٣- العلاج بالتكامل الحسي

:(SENSORY INTEGRATION THERAPY (SIT)

يقوم العلاج التكاملي الحسي (Integration Therapy) على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط جميع الأحاسيس وتكاملها (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) وقد يؤدي إلى أعراض توحدية.

ويقوم هذا النوع من العلاج على تحليل هذه الأحاسيس، ومن ثمّ العمل على توازنها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحّديين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحّديين، ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحّديين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل.

ومن أهم محتويات مثل هذه البرامج القائمة على الدمج الحسي قيام المدرب بالتعرف إلى المتغيرات التي تدفع الطفل للانخراط في أنشطة معينة، ومن ثم العمل على توجيه الطفل إلى أنشطة مفيدة، وإذا واجه الطفل مشكلة في اختيار الأنشطة، فعلى المدرب أن يعمل على توفير تنظيم أكثر كي يساعده على الاختيار.

وتتمحور مثل هذه البرامج حول استخدام اللعب بوصفه وسيلة لرفع



البرامج إلى تنمية الدمج الحسي وتطويره، مما يجعل الفرد أكثر ثقة في نفسه، وأكثر تكيفاً مع المؤثرات الحسية من حوله. وعلى الرغم من وجود مثل هذه البرامج منذ ما يقارب الـ ٢٥ سنة في بعض الدول - كأمريكا وغيرها - إلا أن أغلب الدراسات تشير إلى نقص ضوابط البحث العلمي فيها(Green,1969) (الشمري، ١٥: ٢٠٠٠م).

وتكمن علاقة التضامن الحسي بالتوحد في أن الأطفال التوحديين لديهم خلل في «النظام الحسي» (Dysfunctional sensory system) حيث إن هذا الخلل لديهم قد يكون (نقص تفاعل أو زيادة تفاعل) في إحساس واحد أو أكثر. فهناك أطفال يتأثرون بالصوت بشكل شديد (زيادة تفاعل) وآخرون يتصرفون وكأنهم لا يسمعون (نقص تفاعل) وهكذا.

وعندما يكون هناك خلل في الثلاثة أحاسيس التي ركزت عليها جين أريس سوف تكون هناك صعوبة في عمل العضلات الصغيرة والكبيرة بعضها مع بعض، وبالتالي تفقد التضامن الحسي.

١٤- برنامج التكامل السمعي

:(AUDITORY INTEGRATION TRAINING "AIT")

إن هذه الطريقة التي طورها الدكتور جاي بيراد (Gay Brevard) هي علاج لتدريب المخ لاستقبال المعلومات بطريقة صحيحة، ويكون هذا عن طريق الاستماع لموسيقى مفلترة باستخدام السماعات أو الجهاز المستخدم الذي يتم من خلاله فلترة الترددات السمعية التي تقوم على افتراض أن الأشخاص المصابين بالتوحّد مصابون بحساسية في السمع، فهم إما مفرطون في الحساسية، أو لديهم نقص في الحساسية السمعية. ولذلك، فإن طريقة العلاج تقوم على أساس تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص التوحديين، بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي Digital بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية



المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها. إلا أنه مازال الجدل قائماً حول جدوى هذه الطريقة حول المؤيدين لها والمعارضين.

ومن نتائج التدريب السمعي:

١- زيادة التركيز لفترة أطول.

٢- القدرة على إهمال المؤثرات الجانبية، والتركيز على المثير الأساسي.

٣- تناقض في الاندفاع والتهور.

٤- القدرة على إنهاء العمل أو الواجب المدرسي المطلوب.

٥- تحسن في القدرة على التنظيم.

٦- تحسن في التحصيل المدرسي والمهارات.

٧- تحسن في القراءة.

٨- وضوح الكلام مع زيادة القدرة على التعبير بالكلام الواضح.

٩- زيادة التواصل الاجتماعي.

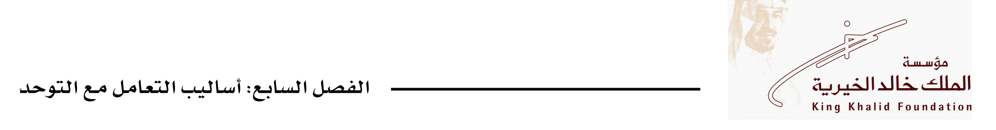
ولقد تم اكتشاف البرنامج من قبل الدكتور بيرارد منذ حوالي ٣٠سنة في فرنسا، حيث ساعد عشرة آلاف شخص يعانون من صعوبات التعلم، وصعوبة التركيز المصاحب بالحركة الزائدة، والتوحّد، والحساسية المفرطة للأصوات العالية، والاكتئاب، وصعوبة التخاطب.

وشمل التحسن حوالي ٩٠٪ من الأشخاص، حيث كان هناك تحسن في القراءة، وتحسن في التحصيل الدراسي، وتحسن في الكتابة، وتحسن في التركيز، وزيادة القدرة على التعبير، وتحسن في الذاكرة، وتناقص في السلوك العدواني، وتحسن في التواصل الاجتماعي، وتحسن في النوم (عوض، ١٧ : ١٤٢٠م).

ثانياً: العلاجات النفسية الاجتماعية؛ ومنها:

١- العلاج باللعب:

وقد اقُترِحَ هذا العلاج كمحاولة لمساعدة الأطفال التوحديين على تكوين



مشاعر خاصة بالذات والشعور بأنهم مقبولون. وهذا يأتي من العلاقة الدافئة بين الأهل والمعالج.

٢- العلاج بالقصص الاجتماعية:

يعيش الطفل التوحدي بالدرجة الأولى ذاته وظروفه ورغباته وحاجاته وتوقعاته السلوكية من الآخرين، فهو لا يفهم في العادة أن هؤلاء الآخرين لهم أفكارهم وأهدافهم وخططهم ووجهات نظرهم وحاجاتهم وميولهم أو مشاعرهم أيضاً، الأمر الذي يحد من تفاعلهم الاجتماعي في الاجتماعات المدنية التي يعيشونها في الأسرة، وشلة الأقران، والغرفة الدراسية، والنادي، وغيرها، مما يوجد.

ولعلاج هذه المشكلة طرحت كارول غري (CAROL GRAY) استشارية التلاميذ التوحديين في المدارس العامة بمدينة جينيسون (JENISON) بميسوري في الولايات المتحدة الأمريكية، طريقة لعلاج الاضطرابات هي القصص الاجتماعية (EDELSON, 1995).

وتقوم الطريقة القصصية بإيجاز، على سماع الطفل لسيناريوهات يفهم نتيجتها بنفسه، وأن الأفراد الآخرين يمكن أن يكون لهم وجهات نظر ورغبات وحاجات وقدرات وأساليب حياة مختلفة.

وبإثارة فضول الطفل التوحدي (أو الراشد أحياناً) بالأسئلة والاستفسارات، أو الاستيضاحات والإجابة الهادفة من المعلم أو الأب/ الأم، يصل الطفل إلى الإدراك الموضوعي بصورة أكبر لحقوق الآخرين ومسؤولياتهم ومبادئ التفاعل البناء وأساليبهم معهم.

وعلى العموم، تأتي القصص الاجتماعية التي يمكن تقديمها للطفل التوحدي في أربعة أنواع؛ هي (حمدان، ١٤٢١هـ: ١٣١-١٣٢).

١- القصة الوصفية DESCRIPTIVE STORIES التي تصف للطفل ما يفعله الآخرون في المواقف الاجتماعية المختلفة.



٢- القصة الموجهة: DIRECTIVE STORY التي ترشد انتباه الطفل أو توجهه إلى الاستجابة السلوكية المرغوبة في مواقف اجتماعية محددة تقدمها القصة.

٣- القصة الإعلامية: PERSPECTIVE STORY التي تقدم للطفل وجهات نظر وردود فعل الآخرين تجاه المواقف الاجتماعية التي تجسّدها القصص حتى يتعلم/ يعي الطفل كيف يفهم الآخرون والحوادث التي يخبرونها.

٤- القصة الضابطة أو المعززة: CONTROL STORY التي تقدم للطفل الاستراتيجيات التي يمكنه استعمالها لتفعيل ذاكرته وتعلمه واستيعابه للقصص الاجتماعية.

٣- العلاج بالاحتضان:

من الأساليب العلاجية النفسية الحديثة: العلاج بالاحتضان، التي يتم تطبيقها الآن في عدد من المراكز العالمية. وهذا العلاج الذي طورته «مارثا ويلش» (MARTH WELCH) في مدينة نيويورك الأمريكية يهدف إلى تشجيع آباء الأطفال التوحديين وأمهاتهم على احتضان أطفالهم لفترة طويلة، ومحاولة مقاومة الطفل لذلك الاحتضان أو التخلص من والديه بسرعة؛ لأن هذا الاحتضان الطويل - مع مرور الوقت - يؤدي بالطفل إلى قبول الاحتضان وعدم رفضه.

وحسب أقوال أولياء الأمور الذين جربوا هذه الطريقة، فقد أفادوا بأنهم بدؤوا يلحظون بعض التحسن على قدرات أطفالهم البصرية التواصلية، وكذلك على التفاعل الاجتماعي. كل هذا بالطبع بعد أن لاحظوا بأن أطفالهم كان يدققون في وجوههم بعد هذا الاحتضان.

ولأهمية العلاج بالاحتضان، فقد ابتكرت الدكتورة تمبل غراندان آلة حضن علاجية، الهدف منها - كما تشير مبتكرتها - هو الشعور بالاستقرار، والتصالح



مع النفس، والتخلص من الاضطراب والهيجان اللذين خبرتهما في شبابها.

٤- العلاج بالموسيقى:

تستخدم بعض المدارس والمراكز المتخصصة الموسيقى مع الأطفال التوحديين، وقد أثبتت هذه الطريقة نتائج جيدة ومؤثرة في هؤلاء الأطفال، كما هو الحال مع غيرهم من المراهقين والبالغين؛ لأن الموسيقى لغة اتصال غير لفظية تخاطب المشاعر والوجدان، وتغير المدخل الذي يمكن الاتصال به مع الآخرين.

ولعل الأنشطة الموسيقية من أحب أنواع الأنشطة التي يحبها الأطفال التوحديون، ويستجيبون لها، ويتفاعلون معها؛ وذلك بسبب افتقارهم إلى مهارات التواصل المعتادة الموجودة لدى الأشخاص العاديين، كما أنها - أي الموسيقى - وسيلة آمنة يرتاح لها الأطفال والبالغون التوحديون على حد سواء، ناهيك عن قدرة الموسيقى إذا وضعت بشكل جيد على اكتشاف القدرات الموسيقية الكامنة لدى الأطفال التوحديين، والتي تكون قدرات متميزة لدى البعض منهم.

٥- العلاج بالفن:

للفن أثر مهم ومؤثر في تنمية وإثراء عملية الاتصال لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النمو، أو اضطرابات في مهارات الاتصال المختلفة، سواء كان الاتصال لغوياً أو اجتماعياً، والفن في حد ذاته يتيح للأفراد - سواء كانوا أطفالاً أو مراهقين أو كباراً - الفرصة للتعبير عما بداخلهم، وأيضاً الاتصال بغيرهم (نصر، ١١٧: ٢٠٠٢م).

ويستخدم هذا العلاج في أغلب المراكز والمدارس المعنية بالعمل مع التوحديين في كافة أعمارهم في كل دول العالم.

يهتم برنامج العلاج بالفن مع التوحديين بعدة أشياء؛ منها: (نصر، ١٢٤).



- إطلاق الشعور التعبيري والانفعالي لدى الطفل، وذلك من خلال تطور التفاعل الإنساني بينه وبين العمل الفني والمعالجة.
- يعمل برنامج العلاج بالفن على تنمية وعي الطفل بنفسه، وأنه قادر على إخراج عمل جميل، وأيضاً في بداية إحساس الطفل بنفسه تكون البداية المنظمة لإحساسه بالبيئة من حوله.

ثالثاً: العلاجات السلوكية والمعرفية (التربوية) ومنها:

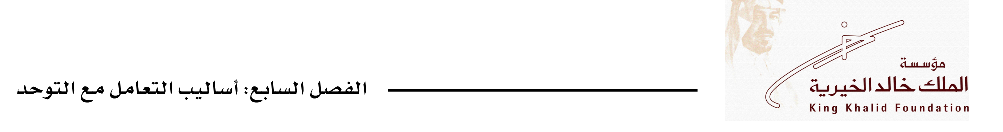
١- طريقة «لوفاس» (العلاج السلوكي):

تعد طريقة لوفاس واحدة من طرق العلاج السلوكي. لذلك تسمى بالعلاج السلوكي Behavior Therapy أو علاج التحليل السلوكي Behavior Analysis Therapy.

وتقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها، والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعد كل سلوك استجابةً لمؤثِّر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو (Ivor Lovaas)، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنيا)، حيث يدير مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج التوحّد.

وحيث إنّ العلاج السلوكي يعتمد على الاستجابة الشرطية، بحيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيِّئ، وكذلك عقابه على كل سلوك سيِّئ (كقول: قف، أو عدم إعطائه شيئاً محبباً له)؛ لذا فإن طريقة «لوفاس» تعتمد على الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب ألا تقل مدة العلاج السلوكي عن (٤٠) ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة.

وتعد طريقة «لوفاس» مكلفة جداً، نظراً إلى ارتفاع تكاليف العلاج الخاص مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج. ناهيك أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.



٢- برنامج تيتش (TEACCH):

يعد برنامج «تيتش» برنامجاً تطويرياً للخدمات المقدمة للتوحّديين. وتيتش هو اختصار لاسم البرنامج باللغة الإنجليزية Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children أي (علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحّد وإعاقات التواصل المشابهة له).

وقد اقترح هذا البرنامج البروفيسور أريك شوبلر (Eric Scopler) وهو أب لشاب مصاب بالتوحّد. اقترح هذا البرنامج عام ١٩٦٦م، وقام بتطويره وتصنيفه، وشرح الخلفية التطويرية له وجوهره، والعناصر الأساسية فيه، والخدمات التي يقدمها هذا البرنامج.

ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق «مراكز تيتش» في ولاية نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية. حيث تدار هذه المراكز من قبل مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا اسمه Division Teach، ويديره الأستاذان (Eric Schopler) و(Gary Mesibov). وهما من كبار الباحثين في مجال التوحّد.

وتمتاز طريقة «تيتش» بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تُقدِّم تأهيلاً متكاملاً للطفل، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل، حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد ٥-٧ أطفال مقابل مُدرِّسة ومساعدة مُدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث تُلبي احتياجات هذا الطفل.

٣- برنامج التواصل الميسر (FACILITATED COMMUNICATION):

تقوم هذه الطريقة على فرضية أن الأطفال والبالغين المصابين بالتوحد أو أية إعاقات نمائية أخرى لديهم عيوب حركية تمنعهم عن التعبير عن أنفسهم، مع أن لديهم معرفة جيدة باللغة المكتوبة والمنطوقة. وللتغلب على هذه



المشكلة يقوم الأخصائي في المعالجة بالإمساك بالأيدي للمساعدة في تهجئة الرسائل على لوحة المفاتيح، أو لوحة عليها حروف مطبوعة. ولقد اكتسبت هذه الطريقة شهرة بسبب النتائج السريعة في زيادة اللغة التي أظهرها الأشخاص المصابون بالتوحد (الزريقات، ٣٠٦-٣٠٥: ٢٠٠٤م).

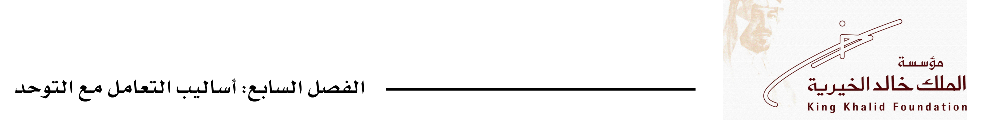
٤- برنامج فاست ورد (Fast Ford wOrd):

برنامج فاست ورد Fast Ford wOrd هو برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحّد، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحّد، وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة بولا طلال Paula tallal على مدى ٣٠ سنة تقريباً، حيث قامت بتصميم هذا البرنامج سنة ١٩٩٦م، ونشرت نتائج بحوثها في مجلة (العلم) (Science) إحدى أكبر المجلات العلمية في العالم. حيث بيَّنت في بحثها المنشور أن الأطفال الذين استخدموا البرنامج، الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة.

وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب، ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذا اللعب.

ويركِّز هذا البرنامج على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية.

ونظراً إلى الضجة التي أحدثها هذا الابتكار في ذلك الوقت، فقد قامت بولا طلال بتأسيس شركة بعنوان: التعليم العلمي (SCIENTIFIC LEARNING) حيث طرحت برنامجها تحت اسم (FAST FORD WORD)، وقامت بتطويره



وابتكار برامج أخرى مشابهة، تركز كلها على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات في النمو اللغوي.

ويجب أن نشير أنه لم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين، وإن كانت هناك روايات شفهية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال.

٥- برنامج «صن رايز» (SON - RISE - PROGRAM):

لقد بدأت قصة برنامج «صن رايز» مع السيد والسيدة كوفمان. عندما شخّص الأطباء طفلهم «راين» الذي يبلغ من العمر آنذاك تسعة عشر شهراً، وأنه مصاب بالتوحد الشديد، وكان ذلك في مطلع السبعينات من القرن الماضي، وذكر لهم بأن درجة ذكائه ٣٠ «تخلف عقلي شديد»، وأن حالته ميؤوس منها، ولابد من دخوله المعهد.

وبدلاً من البحث هنا وهناك عن علاج مناسب لولدهم عن طريق مراكز أو أشخاص آخرين، صمم الوالدان على مساعدة طفلهم بأنفسهم، وقاموا باختراع برنامج منزلي، وحوّلوا طفلهم - الذي كان لا يستطيع الكلام، وكان منعزلاً، ودرجة ذكائه ضعيفة - إلى طفل يتكلم، ويتفاعل اجتماعياً وبدرجة ذكاء عالية. وبعد سنتين ونصف من تطبيق البرنامج لم يعد طفلهم راين يحمل تشخيص «توحد»، بل كبر الطفل راين وتخرج من الجامعة، وهو الآن يدرب أهالي أطفال التوحديين في المركز الذي أنشأه والداه «مركز علاج التوحد بأمريكا» أو(Son Institute).

ويهتم برنامج «صن رايز» بتقوية التواصل الاجتماعي للطفل، ولعل هذا ما يميزه عن بقية البرامج. ومن الأساسيات التي يتبناها هذا البرنامج: المشاركة، واستخدام رغبات الطفل أساساً للتعليم والتعلم من خلال اللعب المشترك، واستعمال عامل الإثارة والمتعة. فمثلاً طفل يقوم بحركات متكررة (رفرفة



باليد)، فبدلاً من أن نوقف هذه الحركات بالقوة، نشاركه فعل هذه الحركات. ونقف أمامه كي يرانا، وبذلك أصبحت هناك مشاركة اجتماعية بدلاً من أن يقوم بهذه الحركة لوحده. وعلى الرغم من أن البعض قد يعترض على طريقة المشاركة هذه، على أساس أن نظرية تقليد الحركات التي يقوم بها الطفل قد تعزز هذه الحركات أكثر، وتجعلها تستمر، إلاّ أن ما حدث مع الطفل راين كان يحب أن يدير الأطباق بشكل متكرر لمدة ساعات. فشاركه والده «كوفمان» هذه العملية حتى أصبح هناك ثقة بينه وبين والديه، وبدأ يتواصل معهما.

وكمثال آخر لاستخدام رغبات الطفل أساساً للتعلم من خلال هذا البرنامج، نفترض أن الطفل يحب أن يرص السيارات الصغيرة؛ إذ من الممكن أن تستخدم السيارات لتعليمه أموراً كثيرة؛ كالألوان.. والفرق بين الحجم الكبير والصغير، واللعب التخيلي... وهكذا.

ويعطي برنامج «صن رايز» أيضاً استراتيجيات للأطفال الذين لا يستعملون لغة التواصل. فمثلاً: من أهداف البرنامج أن يتعلم الطفل أن الكلمات التي يتعلمها هي لاستعمالها بهدف التواصل؛ أي الاستفادة منها، وفي الوقت نفسه لقضاء وقت ممتع. وليست فقط لترديد الأحرف والكلمات خلف الملقّن من دون هدف.

وما الأمثلة العملية لهذا البرنامج: أن تستجيب لطفلك عندما يصدر أي صوت أو حرف أو كلمة (حتى لو لم تعرف ماذا يقول). فاستجابتك تكون بتحركك بسرعة نحوه وإعطائه (شيئاً ما) حتى لو لم يكن يريده.

ومن الأمثلة أيضاً: أنك عندما تعلمه كلمة «فوق» ارفعه عالياً إلى الأعلى؛ فالكلمة هنا تتبعها حركة ومتعة، وتعطي دافعاً أكثر للطفل لمحاولة تقليدها، وليحصل على الحركة الممتعة.

وينصح كوفمان في البداية بتعلم الكلمات التي تحتوي على حركات، وعادة



ما تكون هذه الكلمات هي أول وأسهل ما يستجيب له الطفل في النطق. بعد ذلك نعلم الطفل أسماء لها حركة؛ مثل «كرة» «كأس».. وهكذا.

ومن المهم أن تقابل كل محاولة تواصل من الطفل - كنطق كلمة أو جزء منها - بفرح من الوالدين، ليكون فيها إثارة للطفل وانفعال مبالغ فيه.. حتى يُعطي دافعاً أكثر للاستمرار والمحاولة.

ولبرنامج «صن رايز» ثلاث مراحل: المرحلة الأولى تقدم للوالدين، وتسمى البداية. ويأخذ تدريبها حوالي خمسة أيام، بعد ذلك ينفّذ الوالدان الاستراتيجيات التي تعلموها مع طفلهم فترة من الزمن. ثم يرجع الوالدان مع طفلهم إلى المركز لتكملة المرحلة الثانية. ثم بعد ذلك المرحلة الأخيرة، وتسمى «مرحلة الفعالية القصوى» (Intensive) (حكيم، ٩٣-٩٤: ٢٠٠٣م).

٦- العلاج بطريقة ميللر:

تقوم طريقة ميللر التي يتبناها مركز التطوير الإدراكي واللغوي بالولايات المتحدة الأمريكية (THE LANGUAGE AND COGNITIVE DEVELOP-MENT CENTER) على فلسفة تربوية وإنسانية تنص بأن كل طفل - مهما كانت عزلته وتشوشه الشخصي - يحاول بالفطرة إيجاد طريقة يتعامل بها مع البيئة المحيطة. وبالتالي، فإن مهمة مركز التطويرالإدراكي واللغوي تبدو في مساعدة الطفل في استعمال كل قدرة مهما كانت كافية أو ضعيفة لديه في تحصيل طريقة التعامل المناسبة له ولمداخلاته في الحياة اليومية (حمدان، ١٤٢١هـ: ١١٧-١١٨).

وتتلخص أهداف طريقة ميللر في علاج التوحد فيما يلي:

١- تقييم إمكانية تعديل السلوك المضطرب لدى الطفل التوحدي.

٢- تحويل السلوك المضطرب إلى نشاط عملي.

٣- تحويل وإرشاد الطفل التوحدي من حالته النفس سلوكية المنغلقة إلى أخرى تسودها مداخلات اتصالٍ وتفاعلات اجتماعية مادية.



٤- تعليم الأسرة والمختصين في علاج التوحد (بطريقة ميللر) أساليب إرشاد الطفل في القراءة والكتابة والحساب والتفاعل الاجتماعي في البيئات المدرسية والحياتية العادية.

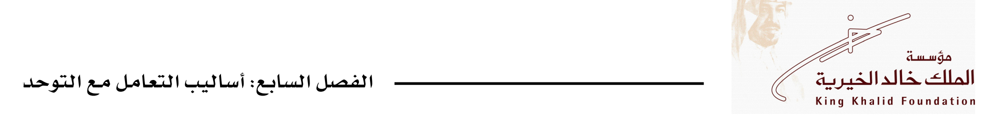
(٧) نظام بكس (PECS) (نظام التواصل عن طريق تبادل الصور (Picture Exchange Communication system):

هذه الطريقة أيضاً من الطرق التي تم تطويرها في الولايات المتحدة الأمريكية على يد أخصائي النطق بوندي وزوجته في عام ١٩٩٤م، ولقد بنيت هذه الطريقة أساساً على ملحوظاتهما بأن ٨٠٪ من فئة أطفال ما قبل المدرسة لديهم القدرة على التواصل الوظيفي.

وهدف هذه الطريقة تعليم الطفل الذي يعاني من ضعف في التواصل اللغوي طريقة تواصل مساعدة؛ سواء كان هذا الطفل قد شخِّص أنه مصاب بالتوحد أم بالضعف في التطور اللغوي فقط. وهذه الطريقة تتضمن استعمال الصور على شكل بطاقات صغيرة. وتتلخص في أن الطفل يدرّب على إعطاء الصورة المناسبة للمعلم أو الأم عندما يرغب في شيء ما. مثل أن يبادر ويقدم بطاقة الحلوى إلى معلمة إذا أراد قطعة حلوى، أو يقدم صورة اللعبة التي يريدها... إلخ. طبعاً هذا في المراحل المبتدئة من التدريب، أما في المراحل المتقدمة، فيدرب الطفل على تكوين جملة كاملة عن طريق رصّ البطاقات الخاصة بهذه الجملة على ملف لاصق. وعلى سبيل المثال: «أنا أريد أن ألعب المراجيح».. فهناك صورة خاصة، «أنا أريد» صورة أخرى «للمراجيح».. فيرص الطفل البطاقتين بجانب بعضهما لتكوين الجملة.

٨- نظام سبيل (SPELL):

وهو برنامج جديد من الجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا، التي لها خبرة طويلة في التعامل مع التوحد. ويطبق هذا البرنامج الجديد في مدارس



الجمعية. ويعتمد هذا البرنامج بشكل أساسي على التنظيم واستعمال الطرق الإيجابية التي تدعم ثقة الطفل بنفسه، والابتعاد عن المثيرات في بيئة الطفل. والتعاون مع الوالدين والمؤسسات العلاجية الأخرى، وكذلك المدارس لدمج الطفل التوحدي في المنهج العادي.

وكل حرف من حروف هذا النظام يعني أساساً معيناً تقوم به الجمعية.

- التعليم المنظم للطفل S

S structure

- التعامل مع الطفل بشكل إيجابي P

P positive approaches

- التفاعل العاطفي E

E empathy

- تقليل المؤثرات الخارجية التي تشتت التركيز L

L low arousal

- التواصل بين الأهل والخدمات الأخرى L

L Link

رابعاً: علاج الحياة اليومية ومنها:

١- طريقة «هيقاشي» أو التدريب من خلال المجموعة:

طوَّر هذه الطريقة الدكتور كيو هيقاشي Dr. Kiyo Kitaharas في مدرسة موساثيتو هيجاشي في طوكيو للأطفال التوحديين أو ذوي الإصابات النمائية.

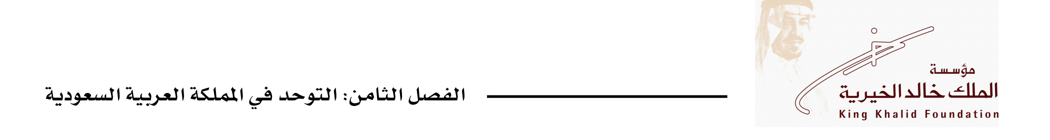
وتقوم هذه الطريقة على افتراض أن هؤلاء الأطفال يمكن أن يُساعدوا بأفضل ما هو ممكن لتحقيق أقصى إمكاناتهم بالقرب من أسرهم، ومن مجموعة أطفال ذوي خبرات ثقافية مشابهة يهدف المنهج الكلي إلى التقليل



من توحد الطفل من خلال تطوير علاقات قريبة من الأسر والمعلمين، وبين الأطفال في المجموعة التي حافظوا على نشاطهم المكثف، لتمكن هذه العلاقات الأطفال من تحديد إيقاع الحياة في المجموعة ناقلة السرعة من العضو الأبطأ، ومن هذه إلى حياة واستجابة تعاونيه في المجتمع.

والبرامج التدريبية المكثفة موجهة من خلال التشخيصات اللفظية التحميسية من طاقم منظم يهدف إلى زيادة قوة جسمية، وتنسيق وتوازن واستقرار في العواطف، وإزالة الأفعال القهرية، للاستفادة من الاهتمامات الذكائية العادية.

وتركز طريقة علاج الحياة اليومية على طرق رئيسية قليلة مبسّطة لما هو متوقع من الطفل ليفعله، فالأنشطة موجهة بشكل جماعي ومنظمة بشكل عالٍ لتأكيد التعلم المنقول من طفل إلى طفل من خلال التقليد والتزامن، كما تركز الطريقة على الأنشطة الجسمية في المجموعات والركض ثلاث مرات يومياً بواقع ٢٠ دقيقة في كل مرة، والجمنازيوم لمرة واحدة، وأنشطة رياضية خارجية يومية؛ مثل كرة القدم، وكرة السلة لمدة ساعة يومياً، ويركز المنهاج الأكاديمي مبدئياً على الحركة والموسيقى والدراما والفن والتجمع في المهرجانات. والمعروف أن المستوى العالي من التمرينات الجسمية يمكن أن يستفاد منه لدى الأفراد المتوحدين، وخصوصاً في خفض الإثارة الذاتية، وتحسين الانتباه، وإمكانيات التعليم (الزريقات، ٢٠٠٤م: ٣١٣).



الفصل الثامن
التوحد في المملكة العربية السعودية
البدايات - الصعوبات - الواقع الحالي

مقدمة

نظراً إلى الصعوبات العديدة التي واجهت بدايات التوحد في المملكة العربية السعودية، وصولاً بالواقع الحالي الذي آل إليه، وحيث إن التوحد – بشكل عام – مفهوم جديد على المجتمع، لذا كان من الأولى بكتاب كهذا أن يتطرق لتلك البدايات التي خطاها التوحد في المملكة العربية السعودية، والصعوبات التي اكتنفته، مروراً بالواقع الحالي الذي هو عليه الآن. وهذا يقتضي بالطبع توثيق تلك الجهود التي ساهمت في وضع اللبنات الأولى للاهتمام بالتوحد في المملكة العربية السعودية، ومنها الجهود الفردية والحكومية، ومؤسسات المجتمع المختلفة، والدور الإعلامي الذي صاحب قضية التوحد منذ بدئها، نهاية بالخدمات المقدمة لأطفال التوحد.

البدايات الأولى للتوحد في المملكة العربية السعودية:

المتتبع لتاريخ التوحد في المملكة العربية السعودية، يلحظ أن البدايات الأولى والاهتمامات به كانت متواضعة، إذ لا يتجاوز عمر هذه الاهتمامات اثني عشر عاماً، حيث إن أول مركز افتتح للتوحد بالمملكة كان مركز جدة للتوحد، التابع للجمعية الفيصلية الخيرية النسوية. ولم يكن هذا المركز حينئذ سوى فصل للأطفال التوحديين، أُعدّ لثلاثة أطفال في فصل «الأصدقاء»، أو هكذا كانوا يسمونه، وبه خمس معلمات درّبن وأهلن للتعامل مع الأطفال التوحديين.

وكانت بداية هذا البرنامج التدريبي عام ١٩٩٢م تحت إشراف الدكتورة



سميرة السعد من الكويت إبان وجودها في المملكة خلال فترة احتلال العراق للكويت، وكانت الدكتورة سميرة أماً لطفلة مصابة بالتوحد، وتربوية نذرت نفسها لخدمة هؤلاء الأطفال التوحديين. وحينما غادرت الدكتورة سميرة الكويت عام ١٩٩٣م أنشأت هناك مركزاً للتوحد باسم «مركز التوحد» أسهمت فيه بكل ما لديها من معرفة وقدرات لتحسين نوعية حياة العديد من أطفال التوحد، وتوعية ذويهم بهذا الاضطراب الغامض، وتدريبهم على كيفية التعامل مع أطفالهم وتعليمهم.

واستمر هذا الفصل الخاص بالتوحد لفترة، إلى أن تم تعريف المواطنين به وبالخدمات التي يقدمها، ثم ارتأت صاحبة السمو الملكي الأمير فهدة بنت سعود بن عبد العزيز آل سعود (رئيسة مجلس إدارة الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية بجدة) ضرورة إنشاء مركز خيري متخصص للتوحد بجدة لتقديم خدمات أكاديمية وتأهيلية بالإضافة إلى العلاج الوظيفي والطبيعي لأطفال التوحد، وهكذا تم تأسيس مركز جدة للتوحد الذي بدأ يقدم خدمات بشكل أفضل وأشمل لأطفال التوحد، بل إنه انتقل إلى ما هو أبعد من ذلك؛ حيث استفاد من الخبراء في هذا المجال، واستضاف عدداً منهم بهدف توعية الأسر والمتخصصين.

واستمر الوضع على هذا الشكل حتى عام ١٩٩٩م تقريباً، وهي فترة ركود إن جاز التعبير، إلى أن بدأت بعض الأخوات تنادي بضرورة أن يكون هناك مراكز أخرى للتوحد في الرياض وغيرها، وأن تكون هناك خدمات إيوائية أيضاً، وأن تشمل الخدمات أكبر شريحة من الأطفال التوحديين.

وفي تلك الفترة، كان الأستاذ ياسر بن محمود الفهد، (وهو والد طفل توحدي اسمه مشعل) يبحث في الرياض عن مكان يقدم الخدمات التأهيلية والتعليمية لابنه التوحدي بعد أن تم تشخيص حالته في مستشفى الملك



فيصل التخصصي عام ١٩٩٣م، ولكن دون جدوى، فقد طرق كل السبل في سبيل الحصول على خدمة لابنه التوحدي، حيث لا يوجد مكان له في مراكز التربية الخاصة، وذلك لكونه توحدياً، أو لكون التوحد إعاقة حديثة على التربية الخاصة آنذاك في المملكة العربية السعودية، ولم يكن أحد يعرف عنها شيئاً حتى من كثير من المختصين بالتربية الخاصة، فكلما ذهب بابنه إلى مركز لم يقبله، فلا وجود لكوادر مؤهلة للتعامل مع التوحديين، ولا خدمات تذكر سوى في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية حيث مركز جدة للتوحد، أما باقي المناطق، فلا توجد بها خدمات. الأمر الذي يُشكّل عبئاً على الأسرة؛ إذ إن على الأسرة اتخاذ القرار إما بالانتقال بابنها إلى المنطقة التي تتوفر فيها الخدمات، وإما الاستسلام والرضا بالأمر الواقع، والبقاء دون خدمات، فتقدم ياسر الفهد خطوة نحو الأمام، وخاطب أصحاب المعالي الوزراء: وزير العمل، ووزير المعارف آنذاك، ووزير الصحة، مع إعطاء صورة من المخاطبات للمقام السامي. كان ذلك في عام ١٩٩٩م، وشرح ياسر الفهد معاناته ومعاناة العديد من الأسر التي لا حول لها ولا قوة سوى إرسال أبنائها التوحديين إلى الخارج لتلقي الخدمات المناسبة إن استطاعوا، مع تحمل التكاليف الباهظة لتغطية المصاريف، وحرصاً من أصحاب المعالي الوزراء على متابعة قضية أطفال التوحد، فقد تم لقاء ياسر الفهد مع معالي وزير التربية والتعليم د. محمد بن أحمد الرشيد، ومعالي وزير العمل والشئون الاجتماعية د. علي بن إبراهيم النملة، ووكيل وزارة الصحة د. عبدالله الحواسي.

الدور الإعلامي لقضية أطفال التوحد:

بعد ذلك، انطلقت الحملة الإعلامية عام ١٩٩٩م. الأمر الذي أدى إلى تفعيل هذه القضية الحيوية، حيث كتب الأستاذ ياسر الفهد سلسلة مقالات عن



التوحد في جريدة الرياض، بدأها بمقال عنوانه: أطفال التوحد. من يعرف قضيتهم؟ ثم نسّق ياسر الفهد والأستاذ عبدالوهاب الفايز ندوتين (ندوة الثلاثاء) في جريدة الرياض، استضيف خلالهما عددٌ من الأطباء والأساتذة والتربويين وأولياء الأمور (أمثال الدكتور فهد المغلوث المتخصص في العمل مع أولياء الأمور وتدريبهم، والدكتور طارش الشمري المتخصص في تعديل السلوك، والدكتور عمر المديفر المتخصص في الطب النفسي وغيرهم من المهتمين). وتبنّت جريدة الجزيرة قضية أطفال التوحد، وأعطتها المساحة الكافية المميزة في الجريدة، إيماناً منها بدعم القضايا المهمة والهادفة، وتبعتها الصحف المحلية الأخرى، وبدأ التفاعل من بعض الكتّاب البارزين يدعم القضية؛ على سبيل المثال: الدكتور عبد العزيز الجار الله؛ حيث كتب مقالاً في جريدة الرياض بعنوان (ياسر التوحدي والرواد الخمسة)، تبعه الكاتب الدكتور فهد سعود اليحيى بمقال في جريدة الجزيرة بعنوان (لماذا يتصرف ياسر هكذا؟)، تبعه الدكتور فهد المغلوث بعدة مقالات اجتماعية مؤثرة في جريدة الجزيرة تحت عنوان (لماذا التوحد؟) و(ماذا بعد أن أرحل؟) و(تكريم الإبداع)، وغيرهم من الكتّاب البارزين في الصحف المحلية الأخرى. وكتب الأستاذ خالد السهيل مدير التحرير في «جريدة الاقتصادية» بعد ذلك تحقيقاً عن التوحد، كتبه في صفحتها الأولى ثم جريدة المدينة وجريدة البلاد. وهناك العديد من المقالات والتحقيقات التي لا تحصى.

ومن جهة أخرى تم تكوين فريق مكون من:

سمو الأميرة/ سميرة بنت عبد الله الفيصل آل سعود.

سمو الأميرة/ الجوهرة بنت فيصل بن تركي آل سعود.

الأستاذة/ نهلة العسّاف - محاضرة في جامعة الملك سعود - قسم التربية الخاصة.



ياسر محمود الفهد - والد طفل توحدي.

وهذا بهدف التعريف بالتوحد بشكل أفضل، وتشكيل بُعد رسمي للقضية. وشكّل الفريق بالفعل قوة ضغط ودعم للتوحد، حيث تم وضع خطة مستقبلية وتصورات لخدمات وأمنيات الأسر التوحدية في المملكة العربية السعودية، فكانت محاضر الاجتماعات قد تضمنت إنشاء نواة للتوحد مدروسة بطريقة علمية؛ حيث أثمرت تلك الجهود ولادة مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بالرياض عام ١٩٩٩م، وقد تكفلت صاحبة السمو الأميرة الجوهرة بنت فيصل بن تركي بالدعم المادي والإداري للمركز، الذي قدم الخدمات الأكاديمية والتأهيلية والتعليمية والعلاجية والتوجيه الأسري للمصابين التوحديين وأسرهم، وبدأ المركز منذ إنشائه بعقد الندوات والمؤتمرات العلمية، وتشكيل ودعم اللجان الخاصة بالتوحد.

أعقب ذلك - وبشكل متواصل - المحاضرات والدورات التدريبية التي كان يقيمها الدكتور فهد بن حمد المغلوث تطوعاً داخل المملكة وخارجها للتوعية بالتوحد وكيفية التعامل معه، وكذلك الزيارات المنزلية التي كان يقوم بها لبعض الأسر المصابة.

وفي الرياض دعّم صاحب السمو الملكي الأمير تركي بن ناصر بن عبدالعزيز آل سعود التوحديين وذويهم، وذلك بإنشاء «أكاديمية التربية الخاصة»، وهي أكاديمية تربوية متخصصة تتعامل مع التوحديين، وكان مقرها قصر سموه، الذي تبرع به لهذا الهدف النبيل، وأدار الأكاديمية الدكتور عبدالله الحمدان، بينما كان الدكتور طارش الشمري (جامعة الملك سعود) مستشاراً لها، حيث قدّمت الخدمات للتوحديين وأسرهم فعلياً عام ١٩٩٩م.

المقام السامي وقضية أطفال التوحد:

ومما لا شك فيه أن دعم الدولة لأي قضية هو أساس نجاحها. ومن هنا



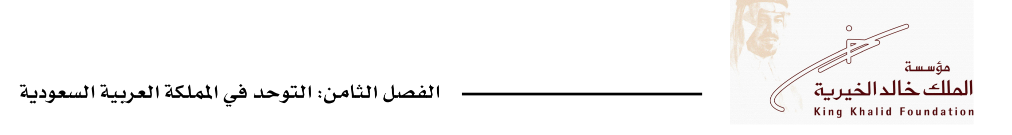
تبنى مجلس الوزراء قضية التوحد بعد الحملة الإعلامية الهادفة، ومطالبة أولياء الأمور الدولة بتوفير الخدمات لهذه الفئة التي لا حول لها ولا قوة، الأمر الذي تمخض عنه تشكيل لجنة وزارية لدراسة التوحد برئاسة وزارة الصحة بالمرسوم الملكي ٨٨٠/٧ سنة ١٤١٩هـ. وقد شكل أيضاً صاحب السمو الملكي الأمير عبد العزيز بن فهد بن عبد العزيز وزير الدولة لشئون مجلس الوزراء لجنة أخرى لدراسة ولتقييم حجم الخدمات للتوحديين برئاسة وزارة العمل والشئون الاجتماعية.

المشروع الوطني لأطفال التوحد:

وقد اعتمد مجلس الوزراء السعودي المشروع الوطني للأطفال التوحديين، وزّفه هدية لأسر التوحديين، في رمضان ١٤٢٣هـ.

كما أوصت لجنتا التوحد بتقديم الخدمات التشخيصية والتأهيلية والتعليمية والعلاجية للتوحديين، وإنشاء ثلاثة مراكز لتأهيل التوحديين في المدن الرئيسة (جدة، الرياض، الدمام)، وأوصت بإنشاء الجمعية السعودية للتوحد. كما أوصت اللجنتان بفتح مسارات تعليمية للتوحد في الجامعات والأكاديميات؛ وذلك لتأهيل الكوادر الوطنية للتعامل مع التوحديين. كما أن هناك مشروعاً وطنياً للتوعية والتدريب تتبناه وزارة الشئون الاجتماعية، وسوف يرى النور قريباً.

تمخض عن هذا الاهتمام أيضاً البدء في دراسة وطنية حول التوحد دُعّمت من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية باسم «التوحد واضطرابات النمو المماثلة» للدكتور أحمد بن علي الجار الله، والدكتور طلعت الوزنة، والدكتور صالح الأنصاري، وهي في مراحلها الأخيرة، وسترى نتائجها النور خلال عام، وسوف يترتب على نتائجها معلومات دقيقة حول حجم المشكلة وتوزيعها الجغرافي وخلافه، مما سوف يشكل - بإذن الله - قاعدة بيانات دقيقة يمكن على أساسها وضع البرامج والخدمات الصحيحة لهذه الفئة.



الجهود الفردية المباركة لخدمة ذوي التوحد:

وعلى صعيد الجهود الفردية استطاع فريق الرواد من استضافة أول ندوة نسائية عن التوحد عقدت على شرف صاحبة السمو الأميرة الجوهرة بنت فيصل بن تركي آل سعود في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض، حيث كانت المفاجأة، وهي حضور ما لا يقل عن ٤٠٠ متخصصة وأسرة تعاني من إصابة أحد أفرادها بالتوحد. بعدها بدأت صاحبة السمو الأميرة سميرة بنت عبدالله الفيصل عقد عدة لقاءات دورية لأسر ذوي التوحد، وذلك لنشر الوعي ودعم ترابط الأسرة. أما ياسر الفهد، فقد سلك مجالاً آخر؛ ألا هو عمل سلسلة من المقالات حول اضطراب التوحد، نشرت في معظم الصحف المحلية والإقليمية.

وكذلك قدمت الأستاذة نهلة العسّاف (جامعة الملك سعود) وياسر الفهد (والد طفل توحدي) دراسةً وطلباً بإنشاء مراكز للتوحديين لوزير الدولة لشئون مجلس الوزراء صاحب السمو الملكي الأمير عبدالعزيز بن فهد بن عبدالعزيز آل سعود.

أما الدكتور طارش الشمري الأستاذ بجامعة الملك سعود في كلية التربية بقسم التربية الخاصة، فكان له أثر واضح جداً ومميز في تفعيل قضية التوحد، من خلال تخصصه في تعديل السلوك، والمحاضرات التي يلقيها، والندوات والمؤتمرات التي يشارك فيها.

في حين ركز الدكتور فهد المغلوث جهوده في إقامة ورش العمل والدورات التدريبية عن التوحد لأولياء الأمور والمختصين بهدف توسيع رقعة المستفيدين من هذه المعلومات وتنمية الوعي بها، كما أصدر كتاباً بعنوان «كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد».

وفي هذا المجال، لابد من الإشارة إلى الدكتور عبدالله الحمدان



مؤسس أكاديمية التربية الخاصة والنهوض بها في تفعيل قضية التوحد كأكاديمية متخصصة ومساهمة في الكتابة عن التوحد بكتاب مترجم هو «حقائق عن التوحد».

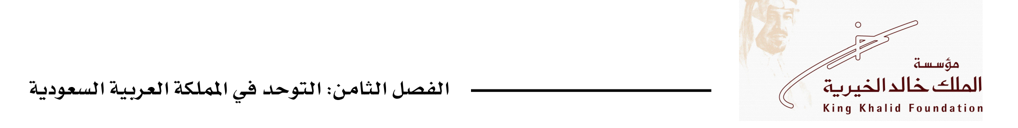
أما الدكتور طلعت الوزنة، فقد انبرى لقضية التوحد، وكانت إسهاماته الإعلامية واضحة، بالإضافة إلى إسهامته البحثية فيها، وإصداره لكتاب باسم «التوحد: التشخيص والعلاج».

أما الدكتور محمد الفوزان، فقد أصدر كتاباً عن التوحد باسم «التوحد، المفهوم والتعليم والتدريب»، وكذلك الدكتور عبدالله الصبي من خلال كتابه «التوحد وطيف التوحد: أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه».

تلاها بعد ذلك جهود الأستاذة وفاء علي الشامي، حيث أصدرت تباعاً «خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه»، وكذلك كتاب «سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها».

مؤسسات المجتمع ودورها الفاعل:

نتيجة لتكاتف مؤسسات المجتمع للتعريف بقضية التوحد، فقد تمّ لها النجاح من الناحية الإعلامية والمجتمعية، فالخطوط الجوية العربية السعودية تبنّت الدراسة العلمية التي تقدم بها ياسر الفهد (وهو أحد موظفي الخطوط السعودية) لتقديم وجبات خالية من مادتي الكازيين والجولتين، وتدريب طاقم الطائرة على كيفية التعامل مع المسافرين التوحديين وذويهم، بالإضافة إلى تقديم الألعاب الترفيهية التعليمية للتوحديين. واعتمد معالي الدكتور خالد عبدالله بن بكر برنامج (الخطوط الجوية العربية السعودية تعتني بالمسافرين التوحديين عام ١٩٩٩م)، وحصلت من خلال هذا البرنامج على المركز الأول على العالم عام ٢٠٠٠م من منظمة الخدمات على الطائرات بالولايات المتحدة الأمريكية. فشكل الفوز دعماً آخر لقضية أطفال التوحد التي كانت ما تزال



تحت الدراسة من قبل اللجان في ذلك الحين.

كما تبنّت الأمانة العامة للتربية الخاصة التوحد، وأدرجته ضمن مناهجها التربوية في معاهد التربية الفكرية لديها.

ولا ننسى أثر مؤسسة الملك خالد الخيرية لدعمها لقضية التوحد من خلال إصدارها لهذا الكتاب المتخصص ونشره، بهدف التوعية بالتوحد بين أفراد المجتمع.

الرئاسة العامة لرعاية الشباب:

كان أثر الرئاسة العامة لرعاية الشباب رائداً في هذا المجال، حيث تبنى صاحب السمو الملكي الأمير سلطان بن فهد بن عبدالعزيز آل سعود الرئيس العام لرعاية الشباب أول ندوة للتوحد على مستوى المملكة العربية السعودية (٢٠٠١م) بعنوان (أطفال التوحد هم أيضاً شباب المستقبل)، وذلك بعد أن تقدمت كل من صاحبة السمو الأميرة سميرة بنت عبدالله الفيصل آل سعود وياسر الفهد بخطاب رسمي للرئيس العام لرعاية الشباب. فكان ذلك تحولاً جديداً في مسار قضية أطفال التوحد في المملكة، حيث عُقدت الندوة في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث. وتمت تغطيتها إعلامياً في الصحف المحلية والمجلات والتلفزيون.

الجمعية السعودية للتوحد:

ونظراً إلى مطالبة أولياء أمور التوحديين بأن تكون هناك جمعية خاصة للتوحديين في مناطقهم، فقد تم إنشاء الجمعية السعودية للتوحد عام ٢٠٠٣م، وبدأت الجمعية السعودية للتوحد برئاسة صاحب السمو الملكي الأمير تركي بن ناصر بن عبدالعزيز آل سعود أعمالها بتشكيل اللجان التعليمية والتأهيلية والاجتماعية والطبية التشخيصية، وذلك لوضع البروتوكول اللازم للتعامل مع التوحديين وأسرهم.



كما صدرت الموافقة السامية على إقامة مؤتمر دولي عن التوحد في الفترة من ١٤-١٣ شعبان ١٤٢٥هـ بالتعاون مع كلية الطب بجامعة الملك سعود برعاية صاحب السمو الملكي الأمير سلطان بن عبدالعزيز آل سعود النائب الثاني لرئيس مجلس الوزراء، والذي كان على هامشه ورش عمل تخصصية لمختصين محليين ودوليين.

وهذا المؤتمر الدولي - ولا شك - أسس لقاعدة علمية وأرضية قوية لقضية التوحد في المملكة العربية السعودية.

الخدمات المقدمة للتوحديين:

تتمثل الخدمات الحالية للتوحد في الخدمات التشخيصية، وهو ما تقوم به (المستشفيات والعيادات وعيادات الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة).

أما الخدمات التعليمية والتأهيلية، فتقدمها المراكز؛ مثل (مركز جدة للتوحد التابع للجمعية الفيصلية النسوية، وأكاديمية التربية الخاصة بالرياض، ومركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد) بالإضافة إلى المراكز الأهلية التي تقدم خدمات تربوية للتوحديين.

الصعوبات التي صاحبت بداية ظهور التوحد في المملكة العربية السعودية:

لأن مفهوم التوحد في تلك الفترة كان مفهوماً جديداً وغامضاً في الوقت نفسه على الكثيرين، حتى من قبل أولياء أمور الأطفال التوحديين أنفسهم، فقد كانت هناك العديد من الصعوبات التي رافقت اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية، وأسهمت في بطء التعريف به، وتقديم الخدمات المناسبة له، وبالتالي تأخير المبادرات العملية الفعالة التي من شأنها تحسين نوعية حياة هؤلاء الأطفال.

أولاً : ضعف أو غياب الوعي المجتمعي من قبل أفراد المجتمع بمفهوم التوحد نفسه، وماذا يعنيه، وما الذي يُسببه، وكيفية التعامل معه.



ثانياً: غياب أو ضعف التشخيص لهذا الاضطراب لسنوات طويلة؛ مما أدى إلى تأخير تحسين حالات الكثير من الأطفال التوحديين، على اعتبار أن التدخل المبكر لعلاجهم قد أتى متأخراً، في الوقت الذي كان يمكن فيه لهذا التدخل السلوكي أن يكون أكبر فاعلية ونجاحاً لو تم تشخيص هؤلاء الأطفال في وقت مبكر، ووضع برنامج علاجي مكثف لتعديل سلوكهم. وليس أدل على التأثير السلبي للتشخيص الخاطئ للطفل التوحدي من اعتباره بعد تشخيصه طفلاً متخلفاً عقلياً، ووضعه مع المتخلفين، وحرمانه من قدراته العقلية، والعكس صحيح.

ثالثاً: غياب أو قلة الأطباء المتخصصين في هذا النوع من الاضطراب، وعدم معرفة الكثيرين منهم له، بل أن الكثيرين منهم - بحكم لقائنا بهم - لا يفرقون بينه وبين الشخص الانطوائي، أو الشخص المتخلف عقلياً!

رابعاً: غياب أو قلة المتخصصين في التوحد من الناحية السلوكية، فمعظم الذين يعملون مع أطفال التوحد - حتى يومنا هذا - ليسوا متخصصين، بل يعملون معهم بحكم الاهتمام والخبرة والممارسة.

خامساً: عدم وجود مراكز متخصصة للتوحد، مما اضطر الكثيرين من أولياء الأمور إلى إرسال أبنائهم إلى الخارج رغم ما في ذلك من معاناة لهم.

سادساً: تكديس الخدمات المقدمة للأطفال التوحديين في مراكز متخصصة وغيرها - وحتى في السنوات الأخيرة - في المناطق الحضرية الرئيسة كالرياض وجدة والدمام، في حين أن الأطفال التوحديين موجودون في كل مناطق المملكة، ويصعب على أولياء الأمور الوصول إليها، وإلحاق أبنائهم بها، وحتى في المراكز الخاصة لا توجد بها سوى رعاية نهارية فقط. علماً بأن هناك بعض المراكز قد بدأت تنتبه لهذه النقطة، وبدأت تخصص رعاية إيوائية، إلا أن رسومها باهظة جداً، ولا يستطيع كل شخص أن



يلحق طفله بها؛ إما للبعد أو للتكلفة المادية العالية.

سابعاً : عدم وجود الخدمات الضرورية والكافية المقدمة لهذه الفئة أو لذويها، أو قصورها إلى حد كبير بشكل يؤخر تقدم الطفل في العلاج أو تحسين حالته. ومن تلك الخدمات غير الخدمات التشخيصية:

١- الخدمات الاجتماعية.

٢- الخدمات النفسية.

٣- الخدمات الأسرية.

٤- الخدمات الاقتصادية.

الواقع الحالي للتوحد في المملكة العربية السعودية:

الآن، وفي ظل الواقع الحالي للتوحد في المملكة العربية السعودية نستطيع أن نقول - ودون أدنى تحفظ -: إن هناك وعياً اجتماعياً متسارعاً بمفهوم التوحد، وربما أكثر من غيره من الإعاقات الأخرى غير المعروفة، وإن هناك توجهاً حقيقياً وعملياً في التعرف إلى هؤلاء الأطفال التوحديين في كل مناطق المملكة العربية السعودية ومحافظاتها، ومحاولة تشخيص تلك الحالات المشكوك في كونها توحدية بهدف تقديم الخدمة المناسبة لها. ولعل البحث الوطني «التوحد واضطرابات النمو المتماثلة» المدعوم من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية - الذي تمت الإشارة إلية في الفصل الأول - يمثل دليلاً واضحاً على هذا الاهتمام والتوجه الحقيقي، الذي من المؤمل - في حالة الانتهاء منه - أن يسلط الضوء بصورة واضحة حول حجم مشكلة التوحد وخصائصه، ووضع قاعدة معلومات سليمة عن هؤلاء الأطفال.

وتتضح هذه الصورة لواقع التوحد في تلك الأعداد المتزايدة لمراكز التوحد الخاصة، وإن كانت متمركزة في مناطق رئيسة كالرياض مثلاً أو جدة كما ذكرنا، وفي اتساع رقعة الفصول الخاصة الملحقة بمعاهد التربية الخاصة

التابعة للأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم، ناهيك عن تلك الدورات المقدمة لهم ولذويهم من أفراد وجهات مختلفة. كما يتضح ذلك، من حجم الكتابات المتواصلة في الصحف والمجلات، وكذلك حجم البحوث والدراسات والكتب التي بدأت تسلط الضوء على هذه الاضطراب واللغز المحير بالفعل.

صحيح أن المجتمع ما زال بحاجة إلى خدمات أفضل وأكثر شمولية، إلا أن المحاولات والمبادرات الفردية والحكومية تبشر بالخير، وتعد بمستقبل متفائل بإذن الله تجاه هذه الفئة الغالية على قلوب الجميع.



الفصل التاسع
فريق العمل مع حالات التوحد

مقدمة

لأن التعامل مع حالات التوحد ليس بالأمر السهل، ولأنه يتطلّب فريق عمل متكامل، مختلف التخصصات، كان من الأهمية بمكان وجود فريق العمل مع حالات التوحد وطبيعة التخصصات التي ينبغي وجودها معه، ناهيك عن مقومات فريق العمل الجيد وفلسفته، وهذا ما يتطرق له هذا الفصل الأخير من الكتاب.

مقومات فريق العمل الجيد:

تتكون هذه المهن التي تعمل مع الطفل التوحدي في العادة من عدة تخصصات مختلفة (طبيبة ومربية خاصة واجتماعية ونفسية ومهنية.. إلخ). ولكي تكون هذه المهن المساعدة - التي تشكل فريقاً متكاملاً - ناجحة في عملها، وموفقة في تشخيصها وخدماتها العلاجية، فلا بد أن تكون لهذه المهن «الفريق» (مقومات أساسية وضرورية لفريق واحد، ومن تلك المقومات التي تميز فريق التأهيل الجيد مع الطفل التوحدي ما يلي:

أولاً: فيما يتعلق بفلسفة عمل الفريق:

هناك مجموعة من الاعتبارات المهمة حول هذه الفلسفة؛ منها:

١- يكون الاعتبار الأول موجهاً للطفل التوحدي تحت جميع الظروف.

٢- إعطاء الحرية والاحترام لكل تخصص من جانب أعضاء الفريق، وتحديد الخدمات التي تقدم للطفل عن طريق الفريق.

٣- العمل على أساس إبداعي متجدد؛ لأن كل طفل توحدي متفرد بنفسه وله شخصيته المتميزة، حتى التوائم منهم.



٤- العمل على تحقيق جودة الفريق ككل، وليس التركيز على خدمة معينة.

٥- ينبغي ألا تتوقف الأهداف المنشودة لخدمة الطفل عن تحقيق مستويات قريبة، بل أن تكون شاملة، ولا تتوقف عند مرحلة معينة.

٦- وجود فلسفة مشتركة حول عمل الفريق من قبل أصحاب هذه المهن، فلا يكفي التنظيم وترتيب قواعد العمل فقط.

ثانياً: فيما يتعلق بفاعلية الفريق:

لا شك أن نجاح عمل هذا الفريق متعدد التخصصات تتوقف - إلى حد كبير - على تكوينه وفاعلية تنظيمه، بالإضافة إلى إيمانه العميق وقناعاته المشتركة بأن عمله سوف يحقق نتائج باهرة في خدمة الطفل أو الشاب التوحدي.

ولكي يكون الفريق ناجحاً في عمله، فهناك عدة اعتبارات ينبغي أخذها في الحسبان:

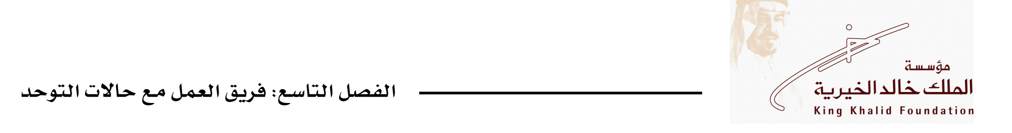
١- أن يكون هناك تواصل مستمر بين هذه المهن المساعدة حول ما تم إنجازه مع الطفل، وما يفترض تنفيذه، وما يتوقع من نتائج أو ردود فعل، وليس بالضرورة أن يكون هذا التواصل المرغوب عن طرق الاجتماعات، بل إن هناك وسائل أخرى للتواصل منها المباشر وغير المباشر والاتصالات الودية وغير الرسمية كالهاتف ونحوه.

٢- ضرورة أن يكون لهذا الفريق حينما يجتمع بعض السلطات والصلاحيات التي تساعد البرنامج في تحقيق نجاحه.

٣- ضرورة وجود روح العمل الفريقي بين أعضاء الفريق، تلك الروح القائمة على الاحترام والتعاون والثقة المتبادلة.

تخصصات فريق العمل مع حالات التوحد:

إن الرعاية الكلية الشاملة للطفل التوحدي لا بد أن تأخذ في الحسبان الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية له، وهذا يعني ضرورة



الاستفادة الكاملة من كل المهن الموجودة في المجتمع، والتي يمكن أن تحقق الاستفادة القصوى للطفل.

وفي هذا الجزء سوف نتطرق لفريق العمل، وما يمكن أن يقدمه أو يساهم به لخدمة الطفل التوحدي:

١ - الأطباء الاستشاريون:

وهم أطباء ذوو تخصصات مختلفة (طبيب العيون، وطبيب الأعصاب، وطبيب الأطفال، وطبيب السمع، والطبيب التطوري أيضاً، الذي يساعد في تقرير كل مرحلة من المراحل الثمانية التي يمر بها الطفل التوحدي، وطبيب الأنف والأذن والحنجرة، وطبيب الأسنان، وغيرهم).

وكل هذه التخصصات الطبية مهمة. والطفل التوحدي بحاجة إليها في مراحل عمره التطورية، وليس فقط في مرحلة التشخيص، على اعتبار أنه إنسان عادي يمر بأعراض وأمراض مختلفة طيلة عمره.

٢ - أخصائي التربية الخاصة:

لعل مهمة أخصائي التربية الخاصة تكاد تكون من أهم المهن التي تعمل مع حالات التوحد، كونها تهتم بمساعدة الطفل التوحدي على بلوغ درجة ممكنة من الطفل وجوانب القصور والقوة لديه. ولعل هذا الجانب - بالتنسيق مع الأسرة - هو مهمة الأخصائي الاجتماعي أو الأخصائية الاجتماعية في تلك المراكز بما لديها من مهارات جيدة في التعامل مع الأسرة وكسب ودها وتشجيعها.

٣ - أخصائي القياس السمعي:

ويعد كل من اختصاصي قياس السمع واختصاصي الأنف والأذن والحنجرة، هما المهنتان المؤهلتان لإجراء القياس السمعي. واختصاصي قياس السمع، وهو مهني يحمل شهادة الماجستير أو الدكتوراه في مجال القياس السمعي. وتتوفر لديه معرفة كافية بأشكال وأنماط الفقدان السمعي، وكيفية



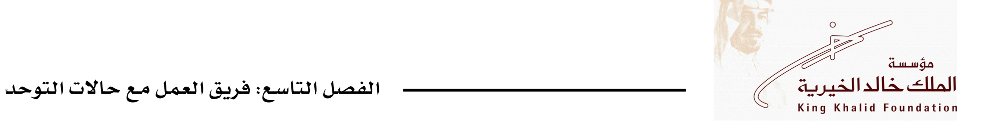
التعامل معها؛ سواء من خلال توفير المعينات السمعية اللازمة أو الخدمات التربوية والتأهيلية المناسبة. إلا أن اختصاصي السمع ليس مؤهلاً ولا مخولاً للتعامل مع الحالة طبياً، كتشخيص الأعراض المرضية، أو صرف الأدوية والعقاقير. فمسؤولية التشخيص المرضي وصرف الأدوية، أو إجراء الجراحات في الأذن هي من مهمات اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة (القريوتي والسرطاوي، ١٤١٨هـ: ١٤٦).

وباختصار، فإن أخصائي القياس السمعي يقوم بتشخيص الحالة السمعية للطفل التوحدي، وفي حالة اكتشاف ضعف سمعي يقترح السماعات الطبية المناسبة، ويرشد الأسرة إلى كيفية استخدامها وصيانتها.

٤ - الأخصائي الاجتماعي:

يتفاعل الأخصائي الاجتماعي مع الطفل التوحدي وأسرته وفريق التأهيل، وبالتالي يمكنه المساعدة بالطرق التالية:

- تقييم حالة الطفل المعيشية بشكل كامل، بما في ذلك أسلوب الحياة، الأسرة، النواحي المالية، مصادر المجتمع.
- التأكيد على استمرارية العلاقة مع الطفل وأسرته.
- التنسيق فيما يتعلق بمصادر الدخل، ومناقشة الترتيبات المالية والاهتمامات الشخصية للطفل.
- مساعدة الأسرة على تطوير المهارات المطلوبة للمشاركة بنشاط في إجراءات العلاج في المنزل.
- تقديم المساعدة فيما يخص تحديد أماكن البدائل المتعلقة بحالات المعيشة.
- تقديم الدعم العاطفي للطفل وأسرته في الحالات الشديدة من التوتر والضغوط.
- تسهيل إجراءات دخول المركز التأهيلي ومغادرته.



وباختصار، فإن الأخصائي الاجتماعي يهتم بمساعدة الطفل وأسرته في التغلب على الضغوط الناتجة عن حالة اضطراب التوحد، وتوفير الدعم والإرشاد والتوجيه حسبما تقتضي الحاجات الفردية (المغلوث ١٤١٩هـ: ٨١-٨٢).

٥ - الأخصائي النفسي:

يساعد الأخصائي النفسي الطفل التوحدي والأشخاص المهمين في حياة الطفل في الإعداد النفسي للمشاركة الكاملة في التأهيل. وهذا يتضمن العديد من الأنشطة التي تشمل الآتي:

خبراء الاختبارات اللازمة، ويتضمن:

- الشخصية ونوعها.
- الوضع النفسي، وهل الطفل مضطرب عصبياً أم ذهنياً.
- دمج نتائج الاختبار مع خفة الرعاية الخاصة بالطفل.
- إجراء اختبارات الذكاء والوظائف الإدراكية الحسية.

وباختصار، فإن الأخصائي النفسي يوظف مبادئ وأساليب القياس والتقويم النفسي في تشخيص الأنماط والقدرات التعليمية للطفل التوحدي، ويساعد الفريق العلاجي في تنفيذ أساليب تعديل السلوك، وتضمين البيئة التعليمية التأسيسية للطفل التوحدي.

٦ - المعالج الوظيفي (أخصائي العلاج الوظيفي):

يركز المعالج الوظيفي بتحديد أكثر على الأنشطة الوظيفية، كما يمكنه تقديم العديد من الخدمات للأطفال التوحديين، والتي تشمل:

- تقييم وتدريب الطفل التوحدي على أنشطة الرعاية الذاتية؛ مثل تغيير الملابس، والأكل، والاستحمام، والنظافة الشخصية، بهدف زيادة الاستقلالية. سيكون ذلك بالتعاون مع الأسرة بالطبع كنوع من التكامل.
- تقييم وتدريب المناطق الضعيفة لدى الطفل التوحدي إن وجدت، لتعويض



القصور في الإدراك مثلاً كما هي مرتبطة بالوظيفة. على اعتبار أن بعض الأطفال التوحديين لديهم إعاقات جسدية أخرى مصاحبة.

٧ - أخصائي عيوب النطق والتخاطب:

من مهمات أخصائي عيوب النطق والتخاطب تقييم ومعالجة التوحديين ممن هم مصابون بعدم القدرة على النطق أو فقدانه أو صعوبة في النطق.

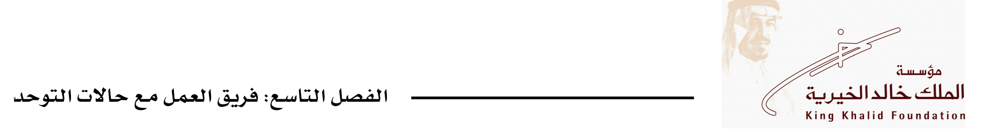
وتشمل مسؤوليات أخصائي عيوب النطق والتخاطب الآتي:

- تقدير مفصل لعملية اللغة والعلاجات الموصوفة للعجز عن الكلام، والتعبير.. إلخ.
- تقييم آلية البلع.
- تقدير وتحديد حركة الكلام والعلاج.

وباختصار، فإن أخصائي عيوب النطق والتخاطب يقوم بتشخيص حال الطفل التوحدي، وتحديد طبيعة حاجاته إلى العلاج النطقي، ويسعى إلى تطوير مهارات التداخل لدى المعوّق، وذلك باستخدام الأساليب العلاجية الخاصة لتنمية المهارات اللغوية التعبيرية والاستقبالية. هذا بالإضافة إلى أي مهمات أخرى تقتضيها ظروف الطفل التوحدي وحالته ولو بصفة وقتية.

ونحن إذ نتحدث عن المهن المساعدة مع حالات التوحد، لا ننسى المنزل (الوالدين)؛ فهما مؤسسة اجتماعية مهمة في تعليم الطفل وتدريبه على التكيف مع متطلبات الحياة والعمل جنباً إلى جنب مع المدرسة أو المركز التأهيلي للطفل التوحدي.

وكما لا ننكر أن هناك تبايناً واضحاً وملموساً في اهتمام بعض الأسر بأبنائها والتعاون مع المركز، وشكوى بعض المسؤولين أو المسؤولات حول عدم الاهتمام الكافي لدى الأسرة بأهمية التعاون مع المدرسة والتنسيق معها فيما يهم طفلها، إلا أن هذا التعميم لا ينبغي أن يكون هو القاعدة العامة، والتي



تجعل المدرسة تعمل بمفردها وبمعزل عن الأسرة.

وإذا ما أراد المركز أن ينجح في تحقيق رسالته السامية تجاه هذه الفئة من المجتمع، وأن يحقق أهدافه وتقديم خدمة علاجية سلوكية جيدة لهم، فلا بد أن يجتهد في البحث عن كل الوسائل الممكنة لمشاركة الأسرة، ليس فقط في تنفيذ البرنامج التأهيلي للطفل التوحدي ومتابعته، بل وحتى في تصميمه، ومنذ البداية؛ لأن الأسرة هي الأقدر على فهم احتياجات النمو والتعلم لأبنائها، وذلك باستخدام وسائل وأساليب تعليمية خاصة، وبتوظيف منهاج مكثف ومعدل يتلاءم مع حاجات الطفل التوحدي وخصائصه؛ لأن الهدف الأساسي هنا هو تعديل سلوك هذا الطفل بشكل أفضل. ويجب التفريق هنا بين أخصائي التربية الخاصة الذي يهتم بوضع الخطة التربوية وبين معلم التربية الخاصة، أو المساعد الذي يضع هذه الخطة موقع التنفيذ مع الطفل أو الطالب.



المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- البلشة، أيمن محمد.

الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال التوحديين والأطفال المتخلفين عقلياً (البحث مقدم لندوة الإعاقات الثمانية - قضاياها العلمية ومشكلاتها العملية) جامعة الخليج. مملكة البحرين من الفترة ١٩-٢١/١/١٤٢١هـ الموافق ٢٤-٢٦/٤/٢٠٠٢م.

- حكيم، رابية إبراهيم.

دليلك للتعامل مع التوحد، شركة المدينة المنورة للطباعة والنشر، جدة، الطبعة الأولى، ١٤٢٤هـ.

- الحمدان، عبدالله إبراهيم.

حقائق عن التوحد، ترجمة عن سايمون كوهين، باتريك بولتون، أكاديمية التربية الخاصة، ١٤٢١هـ.

- الرفاعي، السيد عبدالعزيز.

اضطراب بعض الوظائف المعرفية وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة، جامعة عين شمس، ١٩٩٩م.

- الزريقات، عبدالله فرح.

التوحد: الخصائص والعلاج، كتاب مترجم. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، ٢٠٠٤هـ.

- الشخص، عبدالعزيز، وعبدالغفار، عبدالسلام.

قاموس التربية الخاصة، دار القلم، الكويت، ١٩٩٢م.



- الصبي، عبدالله بن محمد.

التوحد وطيف التوحد أسبابه وأعراضه وكيفية التعامل معه، الجمعية الخليجية للإعاقة، الطبعة الأولى، ١٤٢٣هـ.

- عبدالرحمن، محمد السيد. وحسن، مي خليفة.

دليل الآباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي. دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الأولى، ٢٠٠٤م/ ١٤٢٥هـ.

- القريوتي، يوسف وآخرون.

المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، الإمارات العربية المتحدة، دبي، الطبعة الثانية، ١٤١٨هـ/ ١٩٩٨م.

- كامل، محمد علي.

من هم الأوتيزم: وكيف نعدهم للنضج، دار النهضة المصرية مترجم عن:
Patricia Holuin, Autism preparing for adulthood, Roulledge, New York, U.S.A.1997.

-كرستين، مايلز.

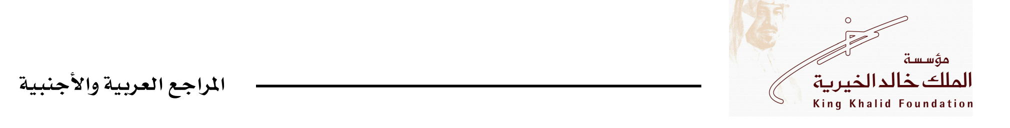
التربية المتخصصة (**دليل لتعليم الأطفال المعاقين عقلياً**)، ورشة الموارد العربية، للرعاية الصحية وتنمية المجتمع، ١٩٩٤م.

- محمد، عادل عبدالله.

الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية. دار الرشاد، القاهرة، ٢٠٠٢م/ ١٤٢٣هـ.

- محمد، عادل عبدالله.

جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. سلسلة ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الرشاد القاهرة، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢م/ ١٤٢٢هـ.



- محمود، حمودة.

الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج. القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة، ١٩٩١م.

- المسلم، هناء.

الأطفال التوحديون، مترجم عن لورناوينج كونستابل، لندن، ١٩٩٤م.

- المغلوث، فهد حمد.

كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد، الرياض، الطبعة الأولى، ١٤٢٥هـ/ ٢٠٠٤م.

- المغلوث، فهد حمد.

طبيعة وواقع الخدمات المقدمة للطفل التوحدي في المملكة العربية السعودية. دراسة استطلاعية للجهات التي تخدم التوحد في المملكة العربية السعودية، **مجلة الخدمة الاجتماعية**، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين. السنة التاسعة عشرة، العدد ٤٥، لعام ٢٠٠٠م، المؤلف.

- مليكة، لويس كامل.

الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة الطبعة الأولى، ١٩٩٨م.

- نصر، سهى أحمد.

الاتصال اللغوي للطفل التوحدي التشخيص - البرامج العلاجية، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢م/ ١٤٢٣هـ.

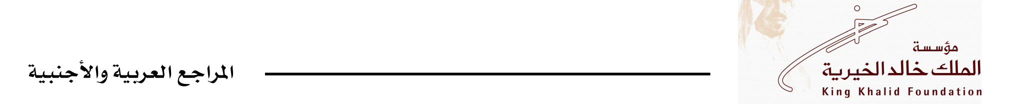
- الوزنة، طلعت حمزة.

التوحد، التشخيص والعلاج. وزارة الشئون الاجتماعية وكالة الشئون الاجتماعية. الإدارة العامة للخدمات الطبية، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٤م/ ١٤٢٤هـ.



المراجع الأجنبية:

- **Ackerman, Lowell.**
  Autism Review, This Paper Came from the Net, (http: www. Autism Zane. Com/ Autism/ Review/ htm). (1997).
- **Autism Asociety of American.**
  Information Came from the Net, http//: www. Autism society. Org/. (1999).
- **Autism society of America.**
  Autism an Introduction, come from te Net, http//: www. Autism society. Org . (1999).
- **Bishop, D.U. M.**
  Autism Asperser's Syndrome and Semantic Programmatic Disorders, J. of Disorders of Communication, (1989).
- **Boswel, S.and Gray, D. Applying.**
  Structured Teaching Principles to Tiollet Training. Chapel Hill Teacch Center. The University of North Carolina, March 2001. Retrieved from the Web May 2001 (http://www.teacch.com/ toilet.htm).
- **Boswell, S.Building.**
  Communication Around Routines. Division teach, March, 2001. Retrieved from the Web may, 2001 (http://www.teacch.com/ bldcomm,htm),and Boswell, S.Building, Communication lncentives. Division TEACCH march 2001. Retrieved from the Web May 2001 (http://www, teacch.com/comm.htm).
- **Brown, W.**
  The Early Years of Autism, National Autistic Society, (1990).
- **Dalldorf, JA.**
  Pediatric View of the Treatment Options for the Autistic Syndrome. Chapel Hill TEACCH Center, April 2001. Retrieved from the Web May 20011 (http://www.teacch.com/ treatment htm).



- David, M. B. and Peter ,D. H.

The Child with Disability, Second Edition Li-brary of Congress, (1998).

- Elisabth & Dykems & Volkmor, F. G, M.

Thought Disorder in High Function Autitisc Adults, J. ofAutism and Developmental Disorders, (1991).

- Francesca, G. Happe.

An Advanced Test of theory of Mind: Understand- ing Stay Characters, Thought and Feeling by Autistic, Mental Handicapped, and Normal Children and Audults, J. of A.D.D. (1994).

- Frith. Uta.

Autism: Explaining the enigma. Oxford: Blackwell Publishing(2003).

- Gray C.A.

Teaching Children with Autism to Read Social Situations, New York: Delmar, (1995).

- Happe, Francesca, and Frith. Uta.

Theory of mind. In: Eric Schopler and Gary B. Mesibor (Eds), Learning and cognition in autism. New York, London: plenum press (1995).

- Hobson.

Autism and the Development of Mind, London, (1993).

- Hochmann J.F.P.

Initiation, Densification Chez L,enfant Autism Paris,(1992).

- Jardan, Rita & Powell, Stuart.

Understanding and Teaching children with Autism, Brith Library Publication, England, (1995).

- Kendall, Philip C.

Childhood disorder. UK; East Sussex; Psychology Press lid, publishers (2000).



- **Koegel, Robert L. & Kern, Lynn K.**
Teaching Children with Autism, Library of Congress Paul. H. Brookes, Publicashing, Baltimare, London, (1997).

- **Marjorie, Bock A.**
Acquisition, Maintenance and Gen-eralization of Categor-ization Strategy by Children with Autism, J. if A.D.D, (1994).

- **Maureen, Aarons, & Tessa G.**
The Handbook OF Autism, A Guide for Par-ents and Professionals, Lorna wing, London, (1993).

- **Moreno,S.and O'Neal,C.**
Tips for Teaching High Functioning People with Autism. Crown point, Indiana: MAAP Services Inc, Retrieved from the Web may, 2001 (http: // www.udel .edu/ bkirby asberger moreno-tips-for-teacching. html).

- **Moreno and O'Neal.**
and Hogan, k.Recommendations for Students with High functioning Autism. Chapel hill: teach Center, 1995-2001. Retrieved from the Web May, 2001 (http://ww, .teacch.com/hfa.htm)

- **Osterling, Jand Dawson; G.**
Early Recognition of Children with Autism, A Study Birthday Home Video Types, J. of Autism and Development Disorders, (1994).

- **Palmer, A. Strategies for Surviving.Middle School with an Included Child.**
with Autism. Teach, March 2001. Retrieved from the web, 2001(http:// www. teacch.com/survmidd.htm)

- **Rimland. Bernard.**
The modern history of aatism : apersona (perspectire. In:Johnny L. Matsan (Ed.). Autism in children and adults: Eliolgy, assessment, and intervention. Pacific Grove, California: Brooks / Cole Publishing Company(1994).



- Rydell P& Prizant B.

Assesment and Intervention Strategies for Children Who use Echolalia, New York, (1995).

- Siegel, Brany.

The Autistic Children Understand-ing and Treating Autistic Spectrum disorders Oxford university Press, U.S.A. (1996).

- Swettenhan, J.

Can Children with Autism Strategies FOR Change, Gardner Press. New Yew, (1996).

- The Language and Cognitive Development center.

The Miller Method for Children With Autism. Spectrum & Ssevere Leaning Disorders. Peer Partners Inc,2000.Retrieved from the Web March 2001 (http://www. Millermethod.org.html) .

- Wolf, S.

Psychiatric Disorders of Childhood in Kandell R.E. and Zealley. (ED) Companion to Psychiatric Studies, London, Churchcill Liungstone.(1988).



الفهرس العام


مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation


مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation


مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation


مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation






مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation


مؤسسة
الملك خالد الخيرية
King Khalid Foundation